

**Aparecida Bastos Pereira**

**UM SENTIDO PARA O TRABALHO EM SAÚDE:  
HISTÓRIA ORAL DE VIDA DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL  
PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade  
Federal de São Paulo – Escola Paulista  
de Medicina, para obtenção do título de  
Mestre em Ciências.

São Paulo  
2019

**Aparecida Bastos Pereira**

**UM SENTIDO PARA O TRABALHO EM SAÚDE:  
HISTÓRIA ORAL DE VIDA DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL  
PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, para obtenção do título de Mestre em Ciências.

**Orientador:**

Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte  
Gallian

São Paulo  
2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,  
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pela autora

Pereira, Aparecida Bastos

**Um sentido para o trabalho em saúde:** história oral de vida de trabalhadores de um hospital público no Município de São Paulo / Aparecida Bastos Pereira. – São Paulo, 2019.  
xii, 317f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: A meaning for health work: life oral history of workers from a public hospital in the city of São Paulo.

1. História Oral de Vida. 2. Pessoal de Saúde. 3. Psicodinâmica do Trabalho. 4. Humanização em Saúde. 5. Saúde do Trabalhador.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rosemaire Andreazza

Coordenadora do Curso de Pós-Graduação: Profa. Dra. Zila Van Der Meer Sanches  
Dutenhefner

**Aparecida Bastos Pereira**

**UM SENTIDO PARA O TRABALHO EM SAÚDE:  
HISTÓRIA ORAL DE VIDA DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL  
PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

Presidente da Banca:

Prof. Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

Prof. Dra. Fabiola Holanda Barbosa Fernandez

Profa. Dra. Viviane Cristina Cândido

Suplente:

Dra. Clarissa Medeiros

***Aos meus pais, Waldemar e Elzira,  
pelo amor incondicional.***

## **Agradecimentos**

Ao estimado Professor Dr. Dante Marcello Claramonte Gallian, pelo apoio e por suas ideias inspiradoras sem as quais esse trabalho não teria sido possível.

À Wildi Célia Melhem, com quem aprendo cotidianamente o valor da solidariedade. Grata pelo apoio e cuidados constantes.

À Ana Virgínia da Costa Matos, amiga de sempre, pela presença constante e encorajamento nos momentos de maiores dificuldades.

À Telma Miranda Gomes, pela cumplicidade e amizade construídas ao longo de tantos anos, agradeço pela experiência da fraternidade.

A Júlio Camargo Neto, que me acompanhou nessa trajetória compartilhando os seus conhecimentos e os seus cuidados.

À Leila Melhem, pelos almoços de domingo, momentos de repouso e prazer ao longo dessa jornada.

À Ciça Corrêa, pelo carinho e valiosas contribuições.

À Clarissa Medeiros, que tão prontamente “arrumou as malas” e se dispôs a compartilhar as angústias e alegrias da experiência de elaboração de uma dissertação.

À Alina Rossi e Eron Rigaud, pela paciência e apoio.

A Licurgo Lima de Carvalho, pela disponibilidade para compartilhar os seus conhecimentos.

Aos colegas do Grupo de Pesquisa do CeHFi, e especialmente à Clarissa Carvalho Fongaro Nars e Luanda Oliveira Souza, colegas da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, que juntas percorremos tantos caminhos de aprendizado e superação, meu muito obrigada.

Ao Diretor do Hospital em que realizei a Pesquisa, pela confiança.

A todos os colaboradores da Pesquisa - Marta, Maria, Dora, Letícia, Luiza, Valentina, Manuela, Helena, Bárbara, Pedro, Clara e Lucas -, que generosa e corajosamente compartilharam as suas histórias, os meus agradecimentos especiais.

*As mãos misturam paciência e atividade. (...) Considere-se o caso do escultor e a pedra, matéria que quer elevar à dignidade de obra. O escultor, conjugando espírito ao olho e à mão, sabe que uma estátua não será mero resultado de operações voluntárias contra a pedra. Pode, por exemplo, desejar obter uma ondulação; mas ao aplicar o cinzel, pode a pedra responder-lhe com linhas angulosas ou rachaduras. Será preciso auscultar, adotar, incorporar as maneiras da pedra. Se insistir na vontade de ondulação, deverá, quem sabe, escolher outro cinzel, ou deverá aplicá-lo sob outro ângulo e mais suavemente. A atenção do escultor vai assim sendo temperada pela firme presença da coisa, que não se presta imediatamente à manipulação. A escultura só será alcançada ao preço de encontros e desencontros. Mas o obrador também sabe que a obra não é resultado do pesado imperativo das coisas sobre os homens. A matéria limita o gesto criador, mas ao limitá-lo, não o suprime: quantas direções não se insinuam e distendem o diálogo com a pedra! Ao final, obra acabada, repousam o homem – provado pela pedra – e a pedra habitada pelas mãos humanas: será indiferente então dizer que a obra é o homem materializado ou a matéria humanizada.*

(José Moura Gonçalves Filho)



## Sumário

|   |           |
|---|-----------|
| Dedicatória .....   | v         |
| Agradecimentos .....  | vi        |
| Lista de siglas .....   | x         |
| Resumo .....  | xi        |
| Abstract .....  | xii       |
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>1</b>  |
| 1.1 História do Projeto .....   | 2         |
| 1.2 Trabalho vivo: as contribuições da psicodinâmica do trabalho .....  | 9         |
| 1.3 O conceito de enraizamento: a contribuição de Simone Weil para a compreensão da experiência do trabalho .....                       | 24        |
| 1.4 O trabalho em instituições públicas de saúde .....  | 40        |
| 1.5 A humanização na Saúde .....  | 54        |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>60</b> |
| 2.1 Objetivo geral .....  | 61        |
| 2.2 Objetivos específicos .....   | 61        |
| <b>3 METODOLOGIA .....</b>  | <b>62</b> |
| 3.1 História Oral de Vida .....   | 64        |
| 3.1.1 Definição dos colaboradores .....   | 66        |
| 3.1.2 Estruturação da abordagem e obtenção dos dados .....  | 69        |
| 3.2 Imersão/Cristalização .....   | 71        |
| <b>4 RESULTADOS .....</b>   | <b>76</b> |
| 4.1 A história de Marta .....   | 78        |
| 4.1.1 É preciso rodar o prato a vida inteira .....  | 80        |
| 4.2 A história de Maria .....   | 99        |
| 4.2.1 Eu joguei a flecha no escuro e acertei o alvo .....   | 101       |
| 4.3 A história de Letícia .....   | 113       |
| 4.3.1 A gente tem que se indignar! Que vida você vai ter, que papel você tem nesse mundo, se você não se indignar .....                 | 115       |
| 4.4 A história de Dora .....  | 128       |
| 4.4.1 Aí a vida .....   | 128       |
| 4.5 A história de Luiza .....   | 137       |
| 4.5.1 Eu não consigo mudar o mundo, mas eu posso fazer aquilo que eu acho que tem que ser feito .....                                   | 137       |
| 4.6 A história de Valentina .....   | 146       |
| 4.6.1 Tem uma parte que a gente não sabe. Vamos com a nossa lógica, mas tem algo inexplicável. Até onde vai o nosso conhecimento? ..... | 147       |

|  |            |
|--|------------|
| 4.7 A história de Helena.....  | 161        |
| 4.7.1 Estamos muito abandonados.....   | 162        |
| 4.8 A história de Manuela .....  | 179        |
| 4.8.1 E todo dia é a mesma coisa... ..   | 180        |
| 4.9 A história de Bárbara .....  | 191        |
| 4.9.1 E eu prefiro ficar acordada.....   | 192        |
| 4.10 A história de Clara .....   | 214        |
| 4.10.1 Foi uma avalanche!.....   | 215        |
| 4.11 A história de Pedro .....   | 225        |
| 4.11.1 Ainda faço muita coisa, gosto do que faço, faço direito, as pessoas ao meu<br>redor acham que faço bem feito. Continuo..... | 227        |
| 4.12 A história de Lucas .....   | 246        |
| 4.12.1 Queria esse dia a dia... Porta aberta. Mão para tudo. ....  | 247        |
| <b>5 DISCUSSÃO.....</b>  | <b>257</b> |
| 5.1 Solidariedade.....   | 258        |
| 5.2 O trabalho como experiência .....  | 267        |
| 5.3 Criatividade.....  | 276        |
| 5.4 Indignação e coragem .....   | 283        |
| 5.5 Trabalho e identidade .....  | 291        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>  | <b>303</b> |
| <b>7 REFERÊNCIAS .....</b>   | <b>311</b> |

## **ANEXOS**

Bibliografia consultada

## **Lista de siglas**

|                |  |
|----------------|--|
| <b>CeHFi</b>   | Centro de História e Filosofia da Saúde                    |
| <b>APAE</b>    | Associação de Pais Amigos dos Excepcionais                 |
| <b>CEP</b>     | Comitê de Ética em Pesquisa                                |
| <b>FORMO</b>   | Formação Rápida de Mão de Obra                             |
| <b>LabHum</b>  | Laboratório de Humanidades                                 |
| <b>MS</b>      | Ministério da Saúde  |
| <b>PNH</b>     | Política Nacional de Humanização                           |
| <b>PNHAH</b>   | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar |
| <b>TCC</b>     | Trabalho de Conclusão de Curso                             |
| <b>TCLE</b>    | Termo de Consentimento Livre Esclarecido                   |
| <b>Unifesp</b> | Universidade Federal de São Paulo                          |

## Resumo

**Introdução:** O trabalho em instituições públicas de saúde tem sido atualmente objeto de atenção em razão de sua crescente precarização no que se refere às condições que lhe são impostas e às repercussões sobre a qualidade de vida e saúde do trabalhador. É evidente, no entanto, que mesmo em meio a uma vivência de sofrimento no seu cotidiano, há trabalhadores comprometidos com a realização de uma atividade profissional de qualidade, experimentando prazer na produção de um trabalho que mantém para si um sentido e é altamente significativo para aqueles de quem cuidam. **Objetivo:** Compreender, a partir de relatos da história oral de vida de profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, o que faz com que esses trabalhadores, apesar do sofrimento vivenciado em um cotidiano que impõe constrangimentos, sustentem um sentido para o trabalho no contexto das instituições públicas de saúde. **Metodologia:** Optou-se pela utilização de uma metodologia qualitativa denominada História Oral de Vida. Foram entrevistados quatro médicos, quatro enfermeiros e quatro assistentes sociais, trabalhadores de um hospital público localizado no Município de São Paulo, reconhecidos pela qualidade técnica e relacional da sua prática de cuidado. As narrativas produzidas nessas entrevistas foram interpretadas utilizando-se uma técnica denominada Imersão/Cristalização, que se baseia na Fenomenologia Hermenêutica. **Resultados/Discussão:** Os resultados indicam que o sentido para o trabalho que realizam sustenta-se pela solidariedade nas relações; pelo engajamento criativo nas suas ações de cuidado; pela possibilidade de serem afetados e interpelados pelos encontros e acontecimentos; pela indignação e pela coragem com que se posicionam e pela vivência do trabalho como constituinte da sua identidade. **Considerações finais:** Esta Pesquisa contribuiu para a discussão sobre a experiência de trabalho em instituições públicas de saúde no Brasil, ao destacar o que permite aos trabalhadores manterem um trabalho vivo nesse contexto, ao mesmo tempo em que identifica as situações que lhe causam sofrimento. Ressaltou ainda a importância da criação de espaços de diálogo e compartilhamento, visto que a produção das narrativas pelos colaboradores constituiu-se uma experiência significativa de produção de sentido para sua prática de trabalho.

**Palavras-chave:** História Oral de Vida; Pessoal de Saúde; Psicodinâmica do Trabalho; Humanização em Saúde; Saúde do trabalhador.

### **Abstract**

**Introduction:** The work in public health institutions has currently been the object of attention due to its increasing precariousness regarding the conditions imposed on it and the impact on workers' quality of life and health. It is evident, however, that even in the midst of suffering in their daily lives, there are workers committed to achieving a quality professional activity, experiencing pleasure in producing a work that holds meaning for itself and is highly meaningful to those they care for. **Objective:** Understand, based on life oral history reports of professionals directly involved in patient care, what makes these workers sustain a meaning for the work in the context of public health institutions, despite the suffering experienced in a daily life that imposes constraints. **Methodology:** It was chosen to use a qualitative methodology called Life Oral History. Four physicians, four nurses and four social workers from a public hospital in the city of São Paulo, recognized for the technical and relational quality of their care practice, were interviewed. The narratives produced in these interviews were interpreted using a technique called Immersion /Crystallization, which is based on Hermeneutic Phenomenology. **Results/Discussion:** The results indicate that the meaning of the work they perform is sustained by solidarity in the relationships; by creative engagement in care actions; by the possibility of being affected and questioned by the meetings and events of the work as an experience; by indignation and the courage with which they position themselves and by the work experience as constituents of their identity. **Conclusion:** This Research has contributed to the discussion about the experience of work in public health institutions in Brazil by identifying situations that are determinant of suffering for the workers and highlighting what allows them to maintain a lively work in that context. It also pointed out the importance of creating spaces of dialogue and sharing experiences, since the production of the narratives by the collaborators constituted a significant experience of meaning production for their work practice.

**Keywords:** Life Oral History; Health Personnel; Psychodynamic of Work; Humanization in Health; Occupational health.





## 1.1 História do Projeto

Brincar é usar o fio inteiro de cada ser. Quando você está usando o fio inteiro de vida, você está brincando! E é profundamente sério isso.

(Maria Amélia Pereira)

Nos momentos iniciais de elaboração do Projeto de Pesquisa que deu origem a essa Dissertação, assim que comecei as primeiras leituras, deparei-me com um texto de Emerson Elias Merhy, no qual o autor associava o cuidado em saúde a um acontecimento brincante.

O termo brincante designa, no Nordeste, os artistas populares dedicados aos folguedos tradicionais, onde cantam, dançam e tocam instrumentos. Muito mais do que foliões, eles atuam de forma propositiva e criativa no fazer de uma manifestação cultural e popular. São eles que criam as suas máscaras e fantasias, desconstroem o ritmo dos tambores, reinventam as letras das marchinhas, salvaguardando a herança recebida e renovando-a no ato de brincar. São portadores de histórias: do corpo, da língua, dos modos.

Com a imagem apresentada, Merhy (2013) remetia-se ao cuidado em saúde como uma experiência que se dá entre dois sujeitos brincantes: o trabalhador e o usuário, que colocam naquele ato tudo de si – afetos, necessidades, expectativas, histórias de vida –, “em um acontecimento que só ocorre ali, em ato, com aquele dançante e cantador específico, como um manejo do momento, como um fabricar, ali no cotidiano do acontecimento, a dança e o canto, que nenhum outro irá fabricar igual” (MERHY, 2013, p. 172).

Lendo e relendo esse texto do autor, que desde o primeiro momento havia me causado espanto, fui aos poucos percebendo que o estranhamento produzido por essa leitura se associava intimamente à questão que me mobilizara a desenvolver esse trabalho. Afinal onde se encontram, no cotidiano de uma instituição pública de saúde, a vitalidade e o prazer do acontecimento brincante, com as experiências tão visíveis de sofrimento dos usuários e trabalhadores?



No decorrer dos últimos 20 anos, tenho trabalhado como psicóloga em instituições públicas de saúde nas suas diversas modalidades: Unidade Básica de Saúde, Pronto-Socorro e Hospitais.

A minha escolha por esse campo de trabalho se deu ainda no período da graduação, e associava um sentimento de indignação com as injustiças sociais, que eu percebia evidenciadas com muita nitidez no campo da saúde pública, ao desejo de provocar transformações nesse contexto, participando do que percebia como um movimento de busca de superação dessas desigualdades e iniquidades.

Ao longo da minha trajetória, momentos de pouca esperança na possibilidade de realizar mudanças nesse cenário, e de indignação diante do quadro de precariedade a que estamos todos expostos (usuários, trabalhadores e gestores), conviveram com a riqueza dos encontros, com a experiência de solidariedade no compartilhamento da descoberta de soluções inéditas para os impasses – tão presentes no cotidiano de trabalho em saúde –, e com o entusiasmo pelo reconhecimento da realização de um trabalho que para mim tem sido profundamente transformador, como também, em muitos momentos, tem possibilitado transformações para aqueles de quem eu cuido e para as organizações em que estou inserida.

Ainda bem cedo, nos primeiros anos da minha atividade profissional, embora eu realizasse um trabalho na assistência, a minha atenção voltava-se insistentemente para os trabalhadores dessas instituições, intrigando-me, e causando forte impressão, as contradições que, como a mim, os envolvia. O sofrimento que vivenciavam, de modo geral, era bastante contundente, mas também saltavam aos olhos as vivências de prazer e realização com o seu trabalho. A rotina de trabalho desvitalizada, privada de esperança e ideais, que marcava o cotidiano de alguns trabalhadores, convivia com práticas de cuidado comprometidas, sustentadas pela autonomia, a criatividade e a realização de ações transformadoras.

As questões suscitadas por essas experiências se tornaram mais prementes quando, há alguns anos, fui transferida para uma Unidade de Saúde com a função exclusiva de realizar ações junto aos trabalhadores dessa instituição. Essas ações, que se configuraram inicialmente como grupos de discussão das práticas de

trabalho, dispuseram um espaço de escuta que foi me revelando, com muita contundência, a complexidade dessa experiência.

Os profissionais que participaram dessas rodas de conversa demonstraram um desejo muito evidente de contar as suas histórias, valorizando a possibilidade de serem escutados e de compartilhar com os demais as suas experiências. As narrativas produzidas eram marcadas pelas contradições anteriormente observadas, mas, nesse momento, chamavam especialmente minha atenção o envolvimento que alguns trabalhadores sustentavam com o trabalho que realizavam, assim como, sua condição de manterem-se sensíveis e abertos ao encontro com o outro, em um contexto muitas vezes marcado pela indiferença e banalização do sofrimento, e pelo predomínio das tecnologias e do conhecimento técnico sobre as dimensões relacionais do cuidado.

Fazia-se notório ainda, nos seus relatos, que, embora essa experiência de trabalho, marcada pelo engajamento subjetivo com a sua atividade e com o outro, lhes trouxesse um sentido profundo de realização pessoal e profissional, como também, tivesse um efeito significativo de cuidado para aqueles que atendiam, mantinha-se em certa medida invisível, visto que, por não ser na sua totalidade passível de avaliação objetiva, terminava por não ter um reconhecimento social do seu valor.

A escuta da experiência desses trabalhadores deixava evidente ainda o hiato existente entre o que se passava no cotidiano de trabalho das instituições públicas de saúde, e o discurso social de desqualificação dos serviços e servidores públicos da saúde. Efetivamente, são muito divulgados os fracassos e os erros dos profissionais de saúde pública, mas pouco se relata sobre as experiências em que os trabalhadores criam e recriam o seu trabalho, sustentando uma prática em saúde que conserva a qualidade técnica e relacional.

Esse trabalho teve inúmeros desdobramentos, que não cabem aqui ressaltar, mas a escuta dessas narrativas provocou em mim um forte impacto, fazendo emergir questões que haviam me inquietado ao longo de toda a minha trajetória.

O meu projeto de mestrado surgiu então do desejo de ampliar a compreensão sobre essas questões, e na busca por um espaço de interlocução, chamou

especialmente a minha atenção o trabalho desenvolvido pelo Professor Dante Marcello Claramonte Gallian e sua equipe, no Centro de História e Filosofia da Saúde (CeHFi) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), que desenvolve estudos sobre a temática da humanização da saúde, investigando o papel que podem desempenhar as humanidades e, particularmente, as narrativas nesse campo de conhecimentos e práticas.

A questão da humanização interessava-me particularmente, pois, no contexto das instituições públicas de saúde, as reflexões e as propostas de ação, que têm como objeto a valorização da dimensão subjetiva e relacional do cuidado, estão incluídas no âmbito dessa abordagem, que vem ganhando, com variados enfoques, importante espaço de discussão, seja como política institucional – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), publicado pelo Ministério da Saúde em 2000, e mais recentemente com a Política Nacional de Humanização (PNH), em 2003 –, seja como campo de interesse de pesquisadores da saúde coletiva.

Não cabe aqui aprofundar o debate sobre a identidade conceitual heterogênea e em constante transformação desse campo denominado “humanização na saúde”, marcado por muitas controvérsias, mas reconhecer que na sua amplitude, ofereceu um lugar de acolhimento para minhas inquietações em relação à questão que pretendo abordar nessa dissertação, e de inclusão em uma comunidade de profissionais comprometidos com a necessária utopia de prover serviços capazes de produzir cuidados dignos, atentos à subjetividade de usuários e trabalhadores, e comprometidos com a vida.

O percurso de elaboração do Projeto que comecei a conceber a partir da inserção nesse Grupo de Pesquisa teve idas e vindas. Embora posteriormente, ao rever o caminho percorrido desde as minhas motivações iniciais, fique evidente que o meu interesse se voltava para os trabalhadores que sustentavam um envolvimento com o seu trabalho, ao qual se dedicavam com entusiasmo, no momento da elaboração do Projeto que seria apresentado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), titubeei, tomando como objeto de pesquisa a desumanização do trabalho em Saúde. Ao enfatizar essa temática, propunha-me a compreender o processo de sofrimento e adoecimento a que os trabalhadores da saúde estão submetidos, e as

consequências desses agravos para as suas ações de cuidado, considerando que a humanização do atendimento passa pela humanização das condições de trabalho de quem cuida.

Logo que dei início ao trabalho de campo, no entanto, assim que comecei a considerar quais trabalhadores eu convidaria para participar dessa Pesquisa, me dei conta do engano, ficando evidente que, assim como acontecera nas rodas de conversa que realizara, o meu olhar se voltava insistentemente para a vitalidade desses profissionais e o seu engajamento com o trabalho que realizavam. Intrigava-me o que fazia com que esses trabalhadores, apesar de inseridos em um contexto de trabalho precário, se mantivessem subjetivamente engajados e comprometidos com a produção de práticas de saúde solidárias e orientadas para o cuidado com a vida. E ainda: como mantinham uma sensibilidade aberta ao outro e uma condição de escuta nos encontros, seja com os pacientes ou demais trabalhadores, em um cenário que muito frequentemente conduz ao embrutecimento e à banalização do sofrimento e da dor?

Para o desenvolvimento dessa temática apoiei-me inicialmente na teorização desenvolvida por Christophe Dejours, psiquiatra e psicanalista francês, que possui uma produção vasta e inovadora sobre a experiência do trabalho.

A sua conceituação sobre trabalho vivo, que abordaremos ainda nesse Capítulo, em subseção específica, mostrou-se fundamental para a compreensão da experiência em que os trabalhadores sustentam um engajamento subjetivo com a sua atividade, mesmo em condições de trabalho adversas. Conforme o autor, esses constrangimentos organizacionais não impedem inexoravelmente a experiência de prazer com o trabalho, visto que o trabalhador não se coloca passivamente frente a essa situação, mas mobiliza defesas, individuais e coletivas, para proteger-se do sofrimento, e sustentar um trabalho vivo no contexto dessas organizações.

Consoante essa abordagem, portanto, as vivências de prazer e sofrimento na situação de trabalho não se excluem, mas articulam-se como fenômenos dialéticos em um movimento constante de resignificação das práticas de trabalho, sendo fundamental considerar, no entanto, que no seu limite, quando falham as defesas, ou quando a pressão da organização é excessiva, o sofrimento perde a possibilidade de transformar-se em sofrimento criativo, abrindo-se espaço para o

adocimento físico e psíquico, e para a impossibilidade de sustentar um sentido para o trabalho nesse contexto.

Igualmente significativa foi a contribuição de Simone Weil, escritora e filósofa francesa, que oferece ao mundo contemporâneo uma das mais consistentes reflexões sobre a experiência do trabalho, desenvolvendo, a partir da sua experiência como operária, uma teorização sobre as vivências de enraizamento/desenraizamento, central em sua obra.

A abordagem que adota será desenvolvida nesse Capítulo, em subseção específica, cabendo destacar inicialmente, que a discussão que propõe sobre o trabalho fabril, a partir da sua vivência como operária, caracteriza de modo contundente o sofrimento vivenciado em um contexto fortemente marcado pela captura da subjetividade e a submissão do corpo como “ferramenta de trabalho”. Os seus relatos colocam em questão, dessa forma, as condições que favorecem ou comprometem a possibilidade de o trabalhador sustentar um sentido para o seu trabalho, o que amplia a compreensão sobre a experiência de trabalho que pretendemos abordar.

A discussão proposta por autores do campo da Saúde Coletiva, especialmente por Emerson Elias Merhy, a qual abordaremos em subseção específica nesse Capítulo, foi também significativa, no que se refere às considerações sobre a natureza do trabalho em saúde, que, embora aberto à disputa de capturas por várias lógicas sociais, conserva a condição de convocar os trabalhadores a usar suas potencialidades em cada situação que se impõe, operando em um espaço de autonomia e autogoverno.

A associação feita por Merhy (2013), entre o acontecimento brincante e a produção do cuidado em saúde, remete com muita nitidez a essa possibilidade que o trabalho nesse campo mantém de ser um processo agenciado por sujeitos, trazendo em si os atributos da liberdade, criação e inventividade. Ser brincante, assim como exercer o cuidado em saúde em um espaço de autonomia, aponta para a oportunidade de inventar novas formas de sociabilidade e renovar as relações, em um ato constante de resistência, porque ambas orbitam em uma lógica não apenas diferente, mas divergente da lógica do sistema hegemônico.

A relação do cuidado em saúde com o acontecimento brincante refere-se ainda à ênfase colocada pelo autor na dimensão intersubjetiva do trabalho em saúde, que ao envolver o encontro dos profissionais entre si, e desses com os usuários, os inclui a todos numa complexa rede de relações, nas quais uns atuam sobre os outros, em um jogo de expectativas e produções, expressas pelas necessidades e interesses em conjugação e conflito. Da mesma forma que os brincantes, os trabalhadores da saúde afetam e são afetados pelo outro, em um exercício constante de descentralização de si e reconhecimento da alteridade.

Foi importante ainda destacarmos, ao refletirmos sobre as práticas de cuidado em saúde, as especificidades desse trabalho no campo da saúde pública, considerando a precariedade das condições em que está inserido, e as consequências desse processo para a saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Mostrou-se relevante igualmente a abordagem ao fenômeno da humanização adotada pelo Grupo de Pesquisa coordenado pelo Professor Dante Gallian, apresentada em subseção específica nesse Capítulo, que me possibilitou reconhecer, nas experiências de trabalho dos colaboradores dessa Pesquisa, uma abertura ao cruzamento de saberes, fazeres e subjetividades, que se opõe ao cuidado burocrático e mecanizado, muitas vezes observados nesse contexto. Foi possível perceber, remetendo-nos a essa discussão, que ao deixarem-se abordar pelo que os interpelava, não apenas tentando conformar os processos de trabalho segundo o seu saber, seu poder e sua vontade, mas permitindo-se ser agenciados pelos afetos dos encontros, incluíam na sua prática de trabalho importantes elementos de improvisação e criação, que a configurava menos como ato técnico e tecnológico, mas como arte: a arte da escuta, do encontro, da troca.

Cabe ressaltar ainda o quanto a experiência de escuta das narrativas dos trabalhadores, no momento inicial de realização das rodas de conversa na instituição a que me referi, foi determinante para o desenvolvimento desse estudo. A escuta das suas vivências do cotidiano de trabalho, das suas inquietações, desejos e realizações, e a percepção de como essa experiência de compartilhamento nos afetava reciprocamente, possibilitando que atribíssemos sentido às situações vividas, foi determinante tanto para a identificação da questão que mobilizaria esse

estudo, quanto para a definição do meu interesse em abordá-la utilizando como metodologia a História Oral de Vida.

## **1.2 Trabalho vivo: as contribuições da psicodinâmica do trabalho**

No filme *Arábia*, dirigido por Affonso Uchoa e João Dumans, o personagem central, Cristiano, trabalhador de uma indústria metalúrgica em Ouro Preto, Minas Gerais, afirma, em meio à frieza e aridez do imenso canteiro de areia em que trabalha:

Aquilo foi diferente. Senti meus ouvidos fechando e fiquei um pouco surdo por alguns segundos. Nesse momento aconteceu uma coisa muito estranha. O barulho da fábrica sumiu. Eu ouvi o meu próprio coração. E pela primeira vez parei para ver a fábrica. E senti uma tristeza de estar ali... E percebi que eu na verdade não conhecia ninguém. Que tudo aquilo não significava nada para mim... Foi como acordar de um pesadelo. Me sinto como um cavalo velho, cansado... Meus olhos doem, minha cabeça dói... Inspiro rapidamente. Meu coração é uma bomba de sangue. Queria pegar os meus colegas pelo braço e dizer pra eles que eu acordei. Que enganaram a gente a vida toda. Estou cansado. (...) Queria que a gente abandonasse tudo. Deixasse as máquinas queimando. Os pedaços de ferro abandonados. A esteira desligada. O óleo derramando. Queimando a terra, a brita, e a fumaça subindo... Preta igual a noite. Tampando o céu e jogando o dinheiro fora. E a gente ia estar em casa, tomando água e dormindo à tarde. A gente ia tossir a fumaça preta. E cuspir os pedaços de ferro do nosso pulmão. Nosso sangue ia deixar de ser um rio de minério, de bauxita, de alumínio. Ia voltar a ser vermelho, igual quando a gente era novo. (...)

O que é ser trabalhador nesse mundo? Essa é uma questão central que permeia a trajetória de um homem que vagueia do campo à cidade, das metalúrgicas a oficinas ou plantações de mexerica, e que, momento a momento, observa o mundo que o cerca e a si mesmo com uma sensibilidade aguda, poética, que o leva, na cena antológica relatada acima, a se dar conta, como no despertar de um sonho, de uma situação de trabalho que o entorpece, exaure e desumaniza. Cavalo velho, explorado, cansado, sozinho, naquele instante Cristiano “ouve o seu coração”, e deseja limpar das suas veias o rio de minério que ocupa o lugar do sangue vermelho, vivo e pulsante, que poderia afirmar a sua condição humana.

Deseja libertar-se de um trabalho que o envenena, privando-o da vida e da sua humanidade.

Para Cristiano, o trabalho, humanizado apenas pelas relações de afeto e solidariedade, perpetua uma estrutura cruel, que acentua a desigualdade e a injustiça, mantendo-se privado de sentido e da possibilidade de reconhecimento do seu valor. Se algo pode fazê-lo sentir-se vivo é a música, o teatro, a possibilidade de narrar a sua história, as lembranças e as cartas de amor de Ana, uma mulher que conhece na sua trajetória e por quem se apaixona. É contundente a conclusão de que aquilo que nos torna humanos e sujeitos singulares é o que nos implica afetivamente, nos desaliena e desautomatiza.

A narrativa de Cristiano nos remete, de maneira muito direta, à experiência do trabalho no mundo contemporâneo, atravessada, nos mais diversos campos, com maior ou menor intensidade, pela sobreposição dos interesses econômicos aos sociais e à própria subjetividade; pelo isolamento dos trabalhadores em um contexto marcado pelo individualismo, pela competitividade, e pelo impedimento de reconhecerem-se pertencentes a um coletivo no âmbito do qual se solidarizam entre si; pelos limites colocados à sua possibilidade de fazer com que o trabalho seja uma experiência de criação e atualização dos seus talentos; e pelo impedimento de reconhecerem-se e serem reconhecidos em uma coletividade para a qual eles contribuem.

Conforme afirma Seligmann-Silva (2011), esse cenário deixa evidente o processo de precarização a que se expõe o mundo do trabalho, fenômeno que se propaga de forma expressiva e assustadora no mundo contemporâneo, produzindo o desmonte da proteção social e a precariedade dos vínculos, assim como, a maior exploração e vulnerabilidade no que diz respeito à esfera psíquica e à saúde em geral.

A autora refere ainda que a esse aspecto da precarização do trabalho, integram-se as técnicas de gerenciamento atualmente predominantes, as quais concorrem para implementar políticas de pessoal extremamente opressivas, que, ao fim e ao cabo, pretendem o aproveitamento máximo do mínimo de recursos financeiros e materiais, e a exploração de pessoas que são reduzidas a “recursos humanos”, na linguagem administrativa tradicional, abalando um dos mais



importantes suportes da identidade e da saúde mental, a saber: o reconhecimento do trabalhador como pessoa e do trabalho por ele realizado (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Esse processo de expropriação da subjetividade e desqualificação do trabalhador, e suas conseqüentes repercussões psicossociais e psicopatológicas, que foi identificado inicialmente nas linhas de montagem, em nossos dias estende-se às mais diversas categorias, inclusive aos profissionais da Saúde, que igualmente, com frequência, não podem obter prazer e auto realização com as atividades realizadas (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Do mesmo modo a ameaça de degradação paira sobre instâncias coletivas que haviam se mantido vivas, instalando a desconfiança em ambientes de trabalho nos quais a reciprocidade, o respeito, a confiança e o reconhecimento de cada um eram os esteios para a construção coletiva de normas consensuais, que constituíam, ao mesmo tempo, em marco ético, em referência para um trabalho bem-feito e em garantia para a segurança de todos (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Teorias dos mais diversos campos do conhecimento têm se proposto a analisar o processo saúde-doença do trabalhador nesse contexto macropolítico de precarização do trabalho, considerando-o como instância social fundamental na determinação de um sofrimento que se expressa coletiva ou individualmente, e que ganhou nos últimos anos dimensões dramáticas, tendo em vista a escalada das situações de doença e morte, cuja face mais brutal são os suicídios no ambiente de trabalho (DEJOURS, 2010; SELIGMANN-SILVA, 2011).

Uma das abordagens às questões suscitadas pela problemática do trabalho, que nos interessa especialmente, é a adotada pelas Clínicas do Trabalho, que apesar de não serem uma nova escola nem um campo homogêneo, oferecem contribuições valiosas para a sua análise na contemporaneidade. Posicionando-se como clínicas sociais do trabalho, ao concebê-lo como terreno privilegiado de mediação entre a economia psíquica e o campo social, essa abordagem considera que qualquer redução a um ou outro desses polos caracterizaria, do seu ponto de vista, uma limitação à análise e à intervenção.

Entre seus traços fundamentais, portanto, defendem a centralidade psíquica e social do trabalho, considerando-o como uma atividade material e simbólica, constitutiva do laço social e da vida subjetiva, buscando compreender tanto as manifestações de sofrimento que o acompanham, como os processos de resistência e de superação. Não se trata, portanto, é necessário ressaltar, de uma clínica exclusivamente do sofrimento, ou do trabalho psicologicamente nocivo, pois, embora atenta aos aspectos deletérios do trabalho, ela os transcende e também enfatiza os processos criativos e produtores de prazer do sujeito que trabalha, bem como a sua capacidade de mobilização face à realidade do trabalho (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

No campo das Clínicas do Trabalho, cabe reconhecer as contribuições de uma escola denominada Psicodinâmica do Trabalho, assim intitulada por Christophe Dejours, médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista francês, que, a partir da sua prática profissional e imersão em diversos contextos de trabalho, desenvolveu um novo *corpus* teórico-clínico acerca da relação entre saúde mental, subjetividade e trabalho.

Inicialmente vinculada à Psicopatologia do Trabalho, campo originalmente associado à Psiquiatria, podemos dizer que a Psicodinâmica do Trabalho entrou nos domínios do trabalho pelo eixo da saúde mental. No contexto francês, por exemplo, onde se situam as principais influências de Christophe Dejours, Paul Sivadon (1907-1992), Claude Veil (1920-1999) e Louis Le Guillant (1900-1968) são os seus principais precursores (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

Paul Sivadon abordou os problemas da adaptação individual no trabalho. Para ele, as neuroses de trabalho surgiam de desequilíbrios nos processos adaptativos provocados por situações de insegurança e de conflitos. Sua abordagem era centrada nas fragilidades do trabalhador nas mais variadas situações laborais associando três campos distintos – o trabalho como instrumento de readaptação das doenças mentais, o trabalho patogênico e o trabalho terapêutico (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

Claude Veil ampliou essa perspectiva de análise ao integrar tanto uma atenção aos aspectos singulares e psicológicos do sujeito, como também à organização do trabalho. Esse autor destaca que o trabalho possui uma polaridade:

ao mesmo tempo em que é fonte de desgaste e sofrimento, ele é também atividade criativa e meio de sublimação. Influenciado pela psicanálise, Claude Veil traça a fronteira tênue, no registro do trabalho, entre prazer e sofrimento e descarta a ideia de neurose de trabalho, defendida *a priori*, voltando-se para a análise situacional das experiências do sujeito no trabalho e para a elucidação, de um ponto de vista fenomenológico, das diversas formas de desadaptação provocadas pela saturação dos mecanismos de defesa (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

Louis Le Guillant, contudo, é quem mais parece ter contribuído para a fundação de uma abordagem especificamente clínica do trabalho, insistindo na indivisível união entre o indivíduo e seu meio. Inspirado em tradições do materialismo histórico-dialético, Le Guillant acredita que o psiquismo é um reflexo da realidade material, sendo condicionado pelas normas e condições sociais. O seu projeto, portanto, é estabelecer um inventário, a partir do modelo das ciências naturais, sobre as doenças mentais geradas pelo trabalho, estabelecendo um elo causal entre uma situação de trabalho e uma doença mental ou uma síndrome (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

Assim, Sivadon e Veil inauguram uma clínica do sujeito em suas relações com o trabalho, enfatizando as questões de natureza intrapsíquica, ao passo que Le Guillant abre as vias para uma clínica social das situações de trabalho.

Nessas duas grandes abordagens, incluídas no campo da Psicopatologia do Trabalho, podemos localizar os primórdios da Psicodinâmica do Trabalho, uma clínica na qual está incluída a natureza dialética, e não raras vezes conflituosa, das dimensões individual e social do trabalho.

A lacuna entre essas duas teorias – Psicopatologia do Trabalho e Psicodinâmica do Trabalho –, no entanto, se acentua à medida em que Christophe Dejours tece as suas reflexões e, por ocasião do lançamento da nova edição do livro *A Loucura do Trabalho – estudo de psicopatologia do trabalho*, em 1993, esse afastamento já não permite que possam pertencer ao mesmo campo de estudo.

A reviravolta epistemológica proposta pela psicodinâmica do trabalho traduz-se pela renúncia às teses deterministas apresentadas pela psicopatologia do trabalho, que, implícita ou explicitamente, segundo o caso, referiam-se às

vicissitudes do trabalho como causadoras de distúrbios psicopatológicos. A pesquisa etiológica sobre as causas e os mecanismos, realizada no campo da psicopatologia do trabalho, observava fundamentalmente o trabalho, notadamente o trabalho industrial, como um mal socialmente engendrado, nocivo à saúde mental dos trabalhadores. A pesquisa clínica colocava ênfase, portanto, na preocupação em identificar síndromes e doenças mentais características (DEJOURS, 1993; MOLINIER, 2008).

Progressivamente a Psicodinâmica do Trabalho deita por terra essa tese da “organização do trabalho patogênica”, como um dado preexistente ao encontro do homem com o seu trabalho, de natureza inflexível e inexorável, deixando evidente que “os homens não são passivos ante os constrangimentos organizacionais, sendo capazes de proteger-se dos eventuais efeitos nocivos sobre a sua saúde mental, bem como de conjurar a saída ‘natural’ que representava o espectro da doença mental” (DEJOURS, 1993, p. 60).

Com essa perspectiva adotada, desde a primeira fase das pesquisas realizadas no campo da psicodinâmica do trabalho, a atenção de Christophe Dejours voltou-se não mais para as doenças mentais, mas para o sofrimento e as defesas contra o sofrimento, portanto, para um campo aquém da doença mental descompensada, identificando que, “em sua maioria, os trabalhadores conseguiam esconjurar a loucura, em detrimento dos constrangimentos deletérios da organização do trabalho” (DEJOURS, 1993, p. 62).

Simultaneamente, era a “normalidade” que surgia como enigma central de investigação e análise, ou seja, fazia questão o fato dos trabalhadores conseguirem manter certo grau de equilíbrio psíquico, e até mesmo de encontrarem prazer com o trabalho que realizavam, apesar das condições precárias a que estavam muitas vezes submetidos (DEJOURS, 1993).

A inspiração na obra de Georges Canguilhem (1904-1995), filósofo da medicina, é bem evidente nessa discussão proposta por Dejours (1993) sobre a definição de saúde/doença e normalidade/anormalidade na situação de trabalho.

Em psicodinâmica do trabalho, a normalidade não se refere ao valor de perfeição realizada, compreendendo a lacuna entre a saúde ideal e a doença

descompensada, ou seja, remetendo-se à saúde vivenciada, que só pode ser reconhecida no plano da experiência, e não no plano da ciência. Conforme Canguilhem (2015), sendo a saúde um conceito normativo que define um tipo ideal de estrutura e de comportamento orgânico que não existe de fato, o normal e o patológico não podem ter a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com as condições individuais, mantendo um limite impreciso que pode ser reconhecido apenas em indivíduos reais, singulares, que se afastam mais ou menos desse modelo.

Dejours (1993) avança, portanto, em sua elaboração teórica sobre a condição psíquica dos trabalhadores em situações de trabalho adversas, considerando, conforme Canguilhem (2015), que a normalidade não é uma condição dada pela natureza, mas configura-se como resultado precário de uma luta interminável a ser empreendida constantemente contra a doença.

Logo, a noção de bem-estar no ambiente de trabalho, considerada pela psicodinâmica do trabalho, inclui a vivência de sofrimento, pois o normal é viver em um ambiente em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis. “O ser vivo não vive entre leis, mas entre seres e acontecimentos que diversificam essas leis. O indivíduo vive no meio de um mundo de acidentes possíveis. A vida não é, portanto, para o ser vivo, uma dedução monótona, um movimento retilíneo; ela ignora a rigidez geométrica, ela é debate com um meio em que há fugas, vazios, esquivamentos e resistências inesperadas” (CANGUILHEM, 2015, p. 140).

O ser humano, segundo essa concepção de saúde/doença, não se coloca como matéria passiva diante dessas transformações do meio, mas se furta ou se oferece eletivamente a certas influências, inventando e produzindo novas formas. Conforme Canguilhem (2015), “o que caracteriza saúde é a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas” (CANGUILHEM, 2015, p. 129), ou seja, “saúde é uma margem de tolerância às infidelidades do meio” (CANGUILHEM, 2015, p. 138).

Assim sendo, como as pessoas não se expõem de forma passiva ao sofrimento, sofrimento e defesa tornam-se um par conceitual que não pode ser dissociado, sendo possível afirmar, conforme Molinier (2013) que a psicodinâmica do

trabalho é antes uma clínica das defesas mobilizadas para o enfrentamento das situações de trabalho, buscando compreender como o sujeito, ao confrontar-se com constrangimentos psíquicos específicos em determinados ambientes de trabalho, consegue preservar a sua saúde graças a estratégias individuais e coletivas de defesa.

Ainda em 1993, na obra referida anteriormente, Dejours oferece uma explicação para a nova denominação adotada, que configura o seu campo de estudos e ação, definindo-a como a “análise psicodinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pela situação de trabalho” (DEJOURS, 1993, p. 59), esclarecendo que a nova disciplina toma como centro de gravidade “os conflitos que surgem do encontro de um sujeito<sup>1</sup>, portador de uma história singular preexistente, e uma situação de trabalho cujas características são em grande parte fixadas à revelia da sua vontade” (DEJOURS, 1993, p. 62).

Essa definição, que destaca menos a produção do trabalho e mais o “trabalhar”, ou seja, a parte invisível do trabalho, estabelece o processo de subjetivação<sup>2</sup> como uma referência fundamental para a psicodinâmica do trabalho, incluindo a possibilidade de que o sujeito transforme não apenas o mundo ao produzir bens e serviços, mas a si mesmo ao trabalhar (DEJOURS, 2011, 2012; MOLINIER, 2013).

Na direção já apontada por Michel Henry, filósofo francês criador de um pensamento filosófico denominado Fenomenologia da Vida, abordagem de intensa projeção para a Psicodinâmica do Trabalho, Christophe Dejours compreende que a

---

<sup>1</sup> A concepção de sujeito proposta pela psicodinâmica do trabalho, ao mesmo tempo em que incluem os fenômenos psíquicos inconscientes no sentido freudiano, considerando um sujeito dividido por conflitos intrapsíquicos, situa-se nas trilhas abertas da tradição compreensiva nas Ciências Humanas, o que significa defender a concepção de um sujeito capaz de pensar, de interpretar os sentidos da situação em que se encontra, de deliberar e agir, constituindo-se na relação com o outro. Um sujeito do trabalho que aparece como sendo homem ou mulher, pobre ou rico, branco ou negro, ou seja, tornado visível para muito além daqueles parâmetros assexuados e universalizantes nos quais foi encaixado pela administração enquanto protótipo de trabalhador ideal (BENDASSOLI; SOBOLL, 2011).

<sup>2</sup> Dejours (2012) considera que a teoria psicanalítica, ao conceituar *subjetivação*, coloca ênfase excessiva na designação dos processos que presidem à gênese do eu, ou que derivam da individuação a partir de uma suposta simbiose primitiva da criança com a mãe. No contexto da psicodinâmica do trabalho, ao referir-se ao processo de subjetivação envolvido no processo do “trabalhar”, compreende, consoante a proposta de Michel Henry, que esse reenvia às condições graças às quais o mundo (utensílios, objetos técnicos) pode ser apropriado por um sujeito, por um lado; e aos modos sob os quais se faz esta apropriação (como experiência afetiva do corpo e não como representação cognitiva) do outro.

subjetivação do mundo passa primeiro por uma “corporeização do mundo”<sup>3</sup>, ou seja, por um processo de atualização das potencialidades subjetivas no corpo, e de um engajamento desse corpo no mundo, em uma relação encarnada e sensível, na qual as sensações e percepções são habitadas pela interioridade radical de uma vida afetiva<sup>4</sup> (DEJOURS, 2012; FERREIRA, 2013).

Conforme Dejours (2012), a subjetividade só pode ser experimentada na singularidade irreduzível de uma encarnação, de um corpo particular e de uma corporeidade absolutamente única, sendo com o corpo que o sujeito investe no mundo para torná-lo seu, para habitá-lo. “Este corpo que se apropria do mundo é um segundo corpo no qual moramos, o corpo que se experimenta afetivamente, o corpo no qual está engajada a relação com o outro: gestos, mímicas, suores, tremores, sorrisos... Tantas teclas de um repertório técnico do corpo colocadas à disposição do sentido e da vontade de agir sobre o mundo e a sensibilidade do outro” (DEJOURS, 2012, p. 30).

Esse conhecimento, efetivado pelo corpo, que opera como por “apalpação do mundo”, mobiliza a subjetividade por inteiro e aparece no contato com a matéria e também com o imaterial, como a presença do outro. É desse contato fundamentalmente corporal e afetivo que se abre o caminho para o conhecimento, ou seja, é por um saber fazer “in-corporado” que precede a capacidade que temos de simbolização, formalização e transmissão (DEJOURS, 2012, p. 44).

A habilidade, o virtuosismo e a sensibilidade técnica passam, portanto, pelo corpo, capitalizam-se e ficam nele gravadas, fundando um conhecimento referido ao saber da experiência, que se sustenta no diálogo ativo com o ambiente.

Conforme refere Dejours (2012),

---

<sup>3</sup> O corpo da corporeização do mundo não é o corpo fisiológico. É um segundo corpo, denominado pela psicanálise “corpo erógeno”, que nasce do primeiro pelo viés de um processo complexo: a subversão libidinal do corpo fisiológico. Esse segundo corpo é construído aos poucos, na relação corpo a corpo entre a criança e o adulto em torno dos cuidados e asseios corporais (DEJOURS, 2012).

<sup>4</sup> A afetividade não caracteriza aqui nem um estado psicológico, nem uma tonalidade afetiva particular. Refere-se ao poder de “sentir alguma coisa”, isto é, “ao poder de receber e de ser afetado”, contanto que essa afecção se cumpra por intermédio dos sentidos (KANABUS, 2014).

É verdadeiro para o piloto de caças: pilota-se um avião com suas vísceras, e não com procedimentos e manuais. O sujeito torna-se um bom motorista quando sente o carro até a pontinha do para-lama e do para-choque, como se também fossem envolvidos, protegidos por sua pele. E quando cruza um ônibus separado apenas por um fio de cabelo, sente o baixo do espinhaço estremecer. Pressente o roçar das carrocerias, como se fosse com a sua própria pele (p. 29).

A inteligência mobilizada na experiência do “trabalhar”, consoante essa concepção do trabalho é uma inteligência que, mesmo no trabalho ordinário, inclui a invenção e a criatividade.

Dejours (2012) afirma que não se pode ensinar o trabalho propriamente dito. “Ocorre com o profissional o mesmo que com a criança: não se ensina a criança a andar. Pode-se segurá-la pelas mãos, mas não se explica como tensionar os músculos, mover as articulações, encadear os movimentos. É necessário que ela descubra sozinha e que, como nós nas situações de trabalho, invente soluções para recobrar o seu equilíbrio quando cambaleia” (DEJOURS, 2012, p. 41).

Essa inteligência, portanto, é diferente do saber acadêmico. Os gregos da antiguidade a conheciam e veneravam por intermédio de uma deusa chamada Métis<sup>5</sup>. Para eles tratava-se da inteligência que agia pela astúcia, permitindo o imprevisto, a inventividade e o movimento por caminhos insólitos, desconhecidos, inéditos (DEJOURS, 2012).

A Psicodinâmica do Trabalho considera que, sem a possibilidade de mobilizar essa forma de inteligência, ou seja, que sem o engajamento da subjetividade, a execução mecânica estrita conduz a uma “atividade da ordem do maquinal, da qual a dimensão humana está excluída, visto que essa se apresenta justamente na possibilidade de inclusão do que deve ser ajustado rearranjado, imaginado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres ali onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente” (DEJOURS, 1993, p. 78).

---

<sup>5</sup> Métis era a deusa da prudência, da astúcia, das habilidades e dos ofícios, e pertenceu à geração dos Titãs. Foi a primeira esposa de Zeus, de quem engravidou. A preocupação de Zeus foi imediata. Receava que a criança acumulasse a inteligência do pai e a inteligência astuciosa de Métis, a mãe, preocupando-se com os riscos a que ficaria submetido se um filho mais inteligente do que ele decidisse tomar-lhe o lugar no Olimpo. Como solução decidiu engolir Métis, e conservar em si a inteligência da deusa, bem guardada em seu ventre. Essa inteligência situa-se, portanto, nas vísceras, e não no cérebro.



Considerando, portanto, o engajamento subjetivo que o trabalho implica, Dejours (1993), tomando como referência a teorização desenvolvida pela ergonomia franco-belga, compreende que o trabalho não pode ser realizado pela simples execução prescrita de uma tarefa de caráter utilitário com as recomendações estabelecidas pela organização do trabalho, visto que inclui uma discrepância irreduzível entre o primeiro – trabalho prescrito –, concebido como a tarefa, e o segundo – trabalho real –, que se refere à atividade efetiva.

Em verdade sempre haverá uma lacuna entre o prescrito e a realidade concreta da situação, visto que a realidade do trabalho é muito complexa e inclui uma infinidade de possibilidades, além das descritas, que podem acontecer no momento da execução: imprevistos, contradições, falhas. Esse hiato entre o prescrito e o efetivo encontra-se em todos os níveis do trabalho. “Trabalhar é vencer, preencher o hiato entre o prescrito e o efetivo, e o caminho a ser percorrido entre eles deve ser a cada momento inventado ou descoberto pelo sujeito que trabalha” (DEJOURS, 2012, p. 39). Assim o trabalho define-se como o que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder alcançar os objetivos para os quais foi designado; ou seja, o que o trabalhador deve acrescentar de si para fazer frente ao que não dá certo quando ele se atém à execução das prescrições (DEJOURS, 1991, 2012).

Como variável de ajuste dessa engenharia, tem-se, portanto, o trabalhador. Ele é quem se depara com a realidade e julga se as condições de trabalho dão suporte à execução; se deve ou não seguir as regras para alcançar os resultados esperados. “Até para apertar parafusos é preciso um saber prático que só se desenvolve quando se realiza a ação. Podem-se utilizar várias ferramentas distintas para tanto, como uma chave de fenda ou uma furadeira. No entanto, o ângulo com que a ferramenta pressiona o parafuso também interfere na qualidade final do produto” (DEJOURS, 2012, p. 46).

Os incidentes, as falhas e disfunções organizacionais, ou as experiências que são inéditas e ininteligíveis para o sujeito, são conhecidos a partir do modo de uma resistência do mundo aos procedimentos e ao saber-fazer, resistência por meio da qual se revela para o trabalhador o real do trabalho.

O real, conforme Dejours (2012), remetendo-se ao conceito proposto por Gérard Mendel (1930-2004), é aquilo que no mundo se faz conhecer pela resistência aos desejos, projetos, domínio técnico e ao conhecimento científico, implicando uma dimensão da realidade estranha ao sujeito, que inevitavelmente compreende o risco de fracasso de seu projeto de ação.

A experiência do trabalho, no entanto, nos coloca em confronto não apenas com a resistência do mundo – o real do trabalho –, que inclui tanto as dificuldades técnicas quanto as apresentadas pelo mundo social circundante, mas nos confronta também com a resistência de nossa própria personalidade, ou seja, conforme o referencial psicanalítico adotado por Christophe Dejours, com a resistência do real do inconsciente<sup>6</sup> (DEJOURS, 2012).

Em outros termos, quando se trabalha, deve-se não só experimentar uma resistência advinda do exterior, mas ainda outra, mais inesperada, proveniente do interior de si próprio, e da nossa impotência, em certos momentos, de agir sobre nós mesmos. “Realizar a experiência do real do inconsciente é descobrir que o sujeito não é, muitas vezes, senhor em sua própria casa, não mais do que não o é em relação ao mundo” (DEJOURS, 2012, p. 181).

Em seu livro *Sexualidade e Trabalho*, Dejours (2012) menciona uma vivência pessoal impactante que caracteriza a experiência do real. Relata que, quando estava no início da residência médica, havia um senhor doente, hospitalizado devido a um câncer de pulmão, que apresentava um quadro clínico de derrame pleural que agravava sua dispneia. Ele decidiu então fazer uma punção da pleura. Como gostava do paciente e não queria lhe causar dor, aplicou xilocaína para anestesiá-lo na área da punção. O paciente apresentou então uma reação aguda ao medicamento, entrou em estado de choque, e mesmo após todos os procedimentos posteriores realizados com o intuito de salvá-lo, não apresentou nenhuma reação e morreu.

---

<sup>6</sup> O real do inconsciente foi um termo introduzido por Jacques Lacan para designar o desejo inconsciente e as fantasias a ele ligadas, bem como uma realidade desejante inacessível a qualquer pensamento subjetivo. Associado à concepção de realidade psíquica enquanto uma forma de existência do sujeito que se distingue da realidade material, o conceito de real do inconsciente nasce da elaboração de um aparelho psíquico baseada no primado do inconsciente, termo utilizado por Sigmund Freud para designar, a partir da segunda tópica, o conjunto dos processos mentais que não são conscientemente pensados (ROUDINESCO, 1998).

Para Christophe Dejours, uma experiência de horror: ao desejar aliviar a dor do paciente, provocara a sua morte.

O real é, portanto, o que se deixa conhecer por aquele que trabalha como experiência desagradável, dolorosa, ou como sentimento de impotência ou angústia, até mesmo de irritação, raiva ou decepção, desânimo, quando por meio do ato, compreendido segundo a concepção de Gérard Mendel, o sujeito entra em contato com uma realidade (técnica, social ou psíquica) que lhe impõe resistência.

A psicodinâmica do trabalho conclui que é a partir desse ponto que começa de fato o trabalho, visto que esse sofrimento, longe de ser apenas ponto de chegada do encontro com o real, é sobretudo um ponto de partida, uma origem, pois transforma-se em exigência de superação, em exigência de trabalho para o sujeito.

Trabalhar supõe, antes de tudo, poder tolerar esse sofrimento até que a via para superar o obstáculo tenha sido encontrada. É preciso experimentar, tentar, fracassar, outra vez tentar. Logo, “o sofrimento é ponto de partida que anuncia um tempo de desdobramento, de reinvenção, emancipação e de reexpansão que lhe sucede, não se reduzindo, portanto, a experiência do sofrimento afetivo, absolutamente passivo, do encontro com o real” (DEJOURS, 2012, p. 177). Não é apenas uma consequência última, mas um desafio à subjetividade para encontrar os meios de superação da resistência do real. “Assim o sofrimento vivenciado é ao mesmo tempo impressão subjetiva do mundo e origem do movimento de conquista do mundo” (DEJOURS, 2012, p. 177).

Em outras palavras, o trabalho é uma prova capital para a própria subjetividade. Vencendo a resistência do real, o sujeito transforma-se a si mesmo, torna-se de algum modo mais inteligente, mais competente e mais hábil do que era antes de ter superado essas dificuldades. Aprende a conhecer seus próprios limites, suas imperícias, e estende o seu repertório de impressões afetivas descobrindo novas qualidades. As habilidades profissionais modelam-se a partir do esforço para superação dos obstáculos que confrontam a habilidade técnica. Elas não preexistem ao trabalho (DEJOURS, 2012; MENDES, 2015).

Adquirir novos registros de sensibilidade por causa da experiência do trabalho não está dado, no entanto, de antemão, pois para poder apropriar-se de um novo

registro de sensibilidade e lhe encontrar lugar é necessário passar primeiro por um remanejamento do corpo subjetivo, que se encontrava, antes de passar pela experiência, mais ou menos estabilizado.

Esse processo de transformação subjetiva inclui, remetendo-se ao referencial psicanalítico, um trabalho intrapsíquico de si sobre si. Para designar esse trabalho psíquico, Dejours (2012) propõe conservar o termo freudiano *Arbeit*, enquanto exigência de trabalho que envolve um remanejamento do aparelho psíquico, determinado pelo processo de perlaboração<sup>7</sup>.

O trabalho no sentido freudiano de exigência de trabalho imposto ao psiquismo – *Arbeit* – pode ser efetivamente diferenciado do trabalho no sentido das ciências econômicas e sociais, ou seja, do trabalho de produção – *Poiesis*, ao qual se integra. A *Poiesis* é o trabalho de produção como ação dos indivíduos sobre o mundo com vista a sua transformação. O “trabalhar” – *Poiesis* – adquire seu sentido inventivo a partir do instante em que sucede de um segundo trabalho de si sobre si – *Arbeit*. “Logo, trabalhar não é apenas produzir, mas transformar a si próprio” (DEJOURS, 2012, p. 72).

A experiência do trabalho, no entanto, conforme concebida pela Psicodinâmica do Trabalho, não se restringe a uma experiência solipsista da relação de si consigo mesmo, ou seja, não pode ser descrita como uma experiência meramente do sujeito com a sua situação de trabalho, mas se desdobra em um mundo humano que inclui o campo da intersubjetividade e da produção das relações sociais, situando o sujeito em uma dinâmica coletiva: trabalha-se com e para o outro. Ou seja, o trabalho não é apenas uma atividade, é ainda uma relação social, que engaja o sujeito em um mundo humano, caracterizado pelas relações de iniquidade, de poder e de dominação, ordenado e repleto de constrangimentos.

No contexto dessas relações, as ligações que os seres humanos tecem com o objetivo de trabalharem juntos, e construírem estratégias coletivas de defesa contra o que lhes impõem sofrimento no trabalho, são ligações de cooperação, orientadas

---

<sup>7</sup> Espécie de trabalho psíquico que permite ao sujeito aceitar certos elementos recalcados e libertar-se da influência dos mecanismos repetitivos. Permite passar da recusa ou da aceitação puramente intelectual para uma convicção fundada na experiência vivida das pulsões recalcadas que alimentam a resistência. Nesse sentido é mergulhando na resistência que o sujeito realiza a perlaboração (LAPLANCHE, 1992).

pelo objetivo de trabalhar, de labutar em uma obra comum, que só pode ser realizada se for possível obter a reunião das inteligências singulares para inscrevê-las em uma dinâmica coletiva. “O trabalho, como atividade coletiva – de cooperação –, abre, portanto, a possibilidade de fazer viver juntos indivíduos movidos por interesses próprios, e de contrabalançar as tendências individualistas em função da possibilidade de compartilhar a experiência coletiva da participação nessa obra comum” (DEJOURS, 2012, p. 75).

Por intermédio do exposto é que nos dirigimos, em consonância com o desenvolvimento teórico de Christophe Dejours, para o que o autor denomina “trabalho vivo”, sendo possível afirmar, conforme considerações tecidas por Montalvão (2018), que a psicodinâmica do trabalho poderia também ser denominada de Teoria do Trabalho Vivo.

Ao referir-se à experiência do trabalho vivo, buscando analisar elementos propulsores concretos que poderiam estar no princípio mesmo do que se designa desde Karl Marx (1818–1883) pela expressão “trabalho vivo”<sup>8</sup>, Dejours (2012) menciona que esse termo “conceitua a ligação entre a subjetividade, a política e a cultura”, afirmando que constitui-se pela possibilidade de que os seres humanos se engajem na criação de uma obra, com um poder de ação sobre o mundo, “tendo reconhecida a sua contribuição pela qual é possível transcender uma existência individual para juntar-se ao curso do desenvolvimento do mundo humano” (DEJOURS, 2012, p. 175)

Na sua complexidade, o trabalho vivo, compreendido como um trabalho sustentado por um sentido, mobiliza a subjetividade por inteiro, promovendo um remanejamento da organização do psiquismo, que alcança as partes mais delicadas da sua arquitetura, implicando o investimento do sujeito para, a cada momento, encontrar vias para superar os desafios que lhe são colocados e para descobrir como lidar com o sofrimento imposto pela resistência do real.

---

<sup>8</sup> Marx atribui ao trabalho um caráter duplo realizando a distinção e a inter-relação entre trabalho vivo, enquanto atividade livre, consciente, que produz valor de uso indispensável à produção e reprodução humana, e trabalho morto, que transforma o trabalhador em mercadoria cuja finalidade é produzir outras mercadorias e valorizar o capital. Assim segundo Marx os elementos materiais do processo de produção constituem o “corpo” do qual o trabalho vivo é a “alma”, capaz de “despertá-lo de dentre os mortos”.

O trabalho vivo inclui ainda a experiência de participação em um coletivo de trabalho – lugar de cooperação, de deliberação e compartilhamento das experiências do real do trabalho – que atua como mediação para a ampliação da subjetividade, para a proteção de si mesmo, e, como campo possível, para acordar ao trabalho concreto o lugar que lhe cabe no direcionamento para a emancipação, colocando em debate as relações significativas entre o trabalho e a *polis*, entre o trabalho e a violência ou a civilidade, entre o trabalho e a cultura, entre o trabalho e a democracia (MONTALVÃO, 2018).

Dejours (2012) compreende, por fim, que sustentar para o trabalho essa condição de “trabalho vivo” implica uma espécie de vigilância e de inquietude permanente em relação ao risco de enganar-se. “Estabelecer ligações entre o trabalho, a cooperação e a vida, ou seja, inscrever o trabalho na cultura supõe uma luta incansável. Pois é fácil, todos sabemos, unir os dois primeiros termos – o trabalho e a cooperação – para fazê-los trabalhar contra a vida” (DEJOURS, 2012, p. 153). No sentido inverso, a luta pela manutenção das ligações entre o trabalho, a cooperação e a vida é uma via praticável para resistir à progressão da barbárie, movimento que, para ser eficiente, passa tanto por um encaminhamento individual, caracterizado pela obstinação de manter um trabalho crítico sobre o seu próprio pensamento para sair em busca do impensado e assegurar que, em relação com o real, mantém-se em uma relação de autenticidade e veracidade, quanto por uma vigilância coletiva, que pode ser obtida apenas se seus objetivos e meios forem levados para o espaço público por um pensamento político.

### **1.3 O conceito de enraizamento: a contribuição de Simone Weil para a compreensão da experiência do trabalho**

Simone Weil (1909-1943), escritora e filósofa francesa, nasceu em Paris, filha de uma família de origem judaica, abastada e culta, e desde idade bastante precoce revelou uma consciência profunda e extremamente lúcida das questões fundamentais do ser humano, uma abertura definitiva ao seu sofrimento e uma intensa inquietação com a situação de opressão dos menos favorecidos.

Na sua trajetória, que a conduz a experiências de trabalho no contexto fabril da França, nos anos 30, e que nos interessam especialmente no desenvolvimento dessa dissertação, entrelaçam-se inextricavelmente vida e obra. Como afirma Simone Prétement, uma das suas biógrafas mais conceituadas, poucos afinaram de maneira mais heroica os seus atos com as suas ideias.

No ano de 1934, Simone Weil despede-se do magistério, profissão que exercera até então, e vai para as fábricas, afirmando que nada poderemos compreender enquanto não nos pusermos entre os oprimidos para sentirmos no próprio corpo o que experienciam<sup>9</sup>.

A dolorosa experiência do trabalho fabril em condições de aguda exploração foi alimento para reflexões que marcaram toda a trajetória de Simone Weil como pensadora, encontrando-se registrada em um diário (*Diário de Fábrica*) no qual anotava dia a dia as suas experiências; na correspondência que mantinha com uma amiga (Albertine Thévenon) e algumas alunas, e em outros escritos, que, reunidos aos anteriormente referidos, compõem o livro *A Condição Operária*, publicado em 1951.

A primeira tarefa, da qual Simone Weil é incumbida, assim que inicia o trabalho fabril, aparece relatada em uma carta a Albertine Thévenon, deixando evidente a brutalidade do trabalho que realizava. Essa tarefa consistia em colocar bobinas grossas de cobre dentro de um enorme forno, do qual saíam labaredas diretamente sobre a sua face, visto que necessitava colocar-se bem na frente desse forno para que conseguisse posicionar as bobinas de forma correta, ou seja, para que não as perdesse deixando-as cair em um dos buracos que lançavam fogo. Depois de introduzidas as bobinas, ela esperava uns minutos, levantava a tampa do forno, e com um gancho as retirava ainda em brasa, puxando-as para si bem depressa. Em seguida, recomeçava, com precisão, sem perder um minuto e sem desviar a atenção, o que consistiria em um erro fatal.

Ainda nessa carta, referindo-se às suas primeiras semanas de trabalho, Simone Weil afirma,

---

<sup>9</sup> Sabemos por meio da sua biografia escrita por Simone Prétement que Simone Weil trabalhou em 3 fábricas durante os anos de 1934 e 1935. A primeira delas foi a Alsthon; a segunda uma pequena fábrica em que trabalhou durante 3 meses; e a terceira foi a Renault.

Quanto a mim mesma, para mim pessoalmente, esse trabalho mostrou que todos os motivos exteriores (que antes eu julgava interiores) sobre os quais, para mim, se apoiava o sentimento de dignidade, o respeito por mim mesma, em duas ou três semanas ficaram radicalmente arrasados pelo golpe de uma pressão brutal e cotidiana. E não creio que tenham nascido em mim sentimentos de revolta. Não, muito ao contrário. Veio o que era a última coisa do mundo que esperava de mim: a docilidade. Uma docilidade de besta de carga resignada. Parecia que eu tinha nascido para esperar, para receber, para executar ordens – que nunca tinha feito senão isso – que nunca faria mais outra coisa (WEIL, 1934/5, p. 65).

Weil (1934-1935) observa que dois fatores condicionam essa docilidade: a rapidez na execução das tarefas e as ordens. A rapidez porque, para alcançá-la, é preciso repetir movimento atrás de movimento, numa cadência que por ser mais rápida do que o pensamento, impede o seu livre curso, assim como impede o fluxo das emoções, o devaneio e a reflexão. Para pensar e sentir é preciso “ir menos depressa”, e na situação de trabalho na fábrica cumpre-se uma exigência de tempo que “entorpece” e “embala”, anulando em certa medida o ser sensível. “Chegando-se à frente da máquina, é preciso matar a alma, oito horas por dia, pensamentos, sentimentos, tudo. Quer se esteja irritado, triste ou desgostoso, é preciso engolir, recalcar tudo no íntimo. Irritação, tristeza ou desgosto diminuiriam a cadência. E até a alegria” (WEIL, 1934/5, p. 65).

Em diversos momentos do relato que deixa registrado no Diário de Fábrica, Weil (1934-1935) retoma essa discussão sobre a cadência imposta ao trabalho operário, afirmando que a sucessão dos gestos, exigida para cumprir essa cadência, sequer pode ser designada pela palavra ritmo, visto que não tem consonância com o ritmo da vida humana que corresponde à respiração, às batidas do coração e aos movimentos naturais do corpo.

Compreende que, para que uma sequência de movimentos se ajuste a um ritmo humano, precisa incluir breves momentos de parada, para que seja possível restabelecer a consciência, o fluxo dos pensamentos, o equilíbrio, sendo natural e conveniente para o homem deter-se quando fez algo. No entanto, justamente essa possibilidade de fazer pausas, é o que é preciso aprender a suprimir totalmente



durante o trabalho na fábrica. A manobra das máquinas envolve uma precipitação na qual os gestos se sucedem ininterruptamente “como o tique-taque de um relógio”, em um tempo estéril, sem algo que marque que alguma coisa acabou e outra está começando. Esse tique-taque, movimento repetitivo e sem progressão, do qual se ausentaram toda graça e toda dignidade, cuja triste monotonia se torna insuportável ao ouvido, deve ser quase reproduzido pelos corpos dos operários, o que provoca, segundo a sua experiência, uma espécie de sono, que é preciso aturar sem dormir.

A intensidade imposta por essa exigência de rapidez e trabalho ininterrupto orienta-se, conforme Weil (1934-1935), por uma concepção de tempo indiferente ao humano, afinada a uma ordem maquinal, e que termina por determinar que aquele que não pode produzir depressa, não tenha mais direito a viver. “A morte, evidentemente, é o extremo limite que não se quer atingir, mas enquanto não se está morto, ao fim de uma hora de trabalho, do ponto de vista dos patrões, é que ainda se pode trabalhar mais. (...) Ai dos incapazes” (WEIL, 1934/5, p. 103).

Assegura ainda que a monotonia da tarefa, imposta pelo ritmo acelerado e pela repetição, produz uma espécie de cadência que anula a atenção. Para Simone Weil (2004) a atenção implica uma abordagem dos fenômenos em que para compreendê-los é preciso adotar uma postura de entrega, através do olhar e da escuta, ao que é secreto, silencioso, quase invisível naquilo que é observado. A condição para que essa qualidade de atenção se sustente é que ela traga consigo uma liberdade para o objeto, “como se ela cortasse as peias que nos prendem a nós mesmos.” (BOSI, 2003, p. 210). É um sair de si que envolve desapego e generosidade, ou seja, é um exercício de desprendimento: “A atenção tem os dedos leves, escapa da lei da gravidade, é o contrário da certeza e da posse” (BOSI, 2003, p. 212). Para que possa exercer-se, no entanto, conforme Weil (2004), é preciso realizar uma contemplação desinteressada do objeto, de modo lento e pausado, recuando por alguns momentos diante do que perseguimos, o que é impossível em uma modalidade de trabalho como a realizada no contexto das fábricas.

O outro fator que determina a docilidade são as ordens.

Desde o momento em que se bate o cartão na entrada, até aquele em que se bate o cartão na saída, elas podem ser dadas, a qualquer

momento, em qualquer teor. E é preciso sempre calar e obedecer. A ordem pode ser difícil ou perigosa de se executar, até mesmo inexecutável; ou então dois chefes dando ordens contraditórias; não faz mal: calar-se e dobrar-se. (WEIL, 1934/5, p. 65).

O medo acompanha o trabalhador submetido a essas ordens, mobilizando, durante todo o dia, uma angústia pela expectativa da punição: o medo de perder a hora de bater o relógio de ponto; o medo de não estar na velocidade boa, para os que têm dificuldade em atingi-la; o medo de “matar” peças forçando a cadência, porque a velocidade produz uma espécie de embriaguez; o medo de todos os pequenos acidentes que podem ser causa de peças estragadas ou de ferramentas quebradas. De uma forma geral, o medo das repreensões, é a causa pela qual muitos sofrimentos são aceitos.

Ao medo, associa-se a raiva impotente, que faz com que o trabalhador se sinta “esvaziado de toda substância vital” (WEIL, 1934/5, p. 84), pela impossibilidade de exercer a revolta. A infelicidade do operário, conforme a experiência da filósofa, é um sofrimento mudo. Eles dificilmente falam a respeito, pois não querem considerar, ou reconhecer, a desgraça que os fere. “Revoltar-se contra o quê? A gente está sozinho, com seu trabalho, não poderia revoltar-se senão contra ele. Aqui somos como cavalos que se ferem a si próprios quando puxam os freios – o jeito é curvar-se.” (WEIL, 1934/5, p. 80).

O peso das ordens constantemente impingidas faz ainda com que cada gesto seja simplesmente a execução de uma prescrição. Nada do que é feito, por menor que seja, constitui-se em uma iniciativa ou em um gesto criativo. Se o trabalhador é curioso, a sua curiosidade não é incentivada. As regras dominam toda a parte da vida passada entre as máquinas; o acaso não tem direito. “Não quero nem saber: é preciso que o trabalho seja feito”: essa é a ordem geral. O operário que se arranje sob pena de ser despedido. Como um objeto inerte que cada um pode a qualquer momento trocar de lugar.

Weil (1934-1935) refere que a exaustão produzida por essas condições de trabalho é tamanha que invade até mesmo as horas de lazer, ocupando as 24 horas do dia, que são absorvidas por um cansaço (cansaço brutal) que muitas vezes chega ao embrutecimento. “Que bom seria poder depositar a alma à entrada, no

cartão de ponto e retomá-la intacta à saída! Mas é o contrário que se dá. Ela vai com a gente para a fábrica, onde sofre; de noite este esgotamento como que a anulou, e as horas de lazer são inúteis.” (WEIL, 1934/5, p. 134).

O vazio imposto ao pensamento, o ritmo a que o trabalho é submetido, associados ao sentimento de não ter nenhum direito, Simone Weil experiencia como um estado de humilhação latente e perpétuo – um “sentimento da própria dignidade abatida” – o que a leva a afirmar que o fato capital nessa modalidade de trabalho não é o sofrimento, mas a humilhação. Os sofrimentos ligados às necessidades de trabalho trazem até certo orgulho de serem suportados; mas os demais, inúteis, impossíveis de serem expressos, porque provocariam novas “broncas”, engolidas sem abrir a boca, ferem a alma.

Sob esse golpe a carne e o pensamento se retraem. Como se alguém repetisse ao ouvido minuto a minuto, sem que se possa responder nada: ‘Você não é nada aqui. Você não conta. Você está aí para curvar-se, suportar tudo e calar-se.’ Semelhante repetição é quase irresistível. Chega-se a admitir, no âmago de si mesmo, que não se é nada (WEIL, 1934/5, p. 132).

Essa humilhação, conforme Weil (1934-1935), decorre ainda da ignorância total da finalidade daquilo que se está fazendo. Não há o sentimento de que um produto resulta dos esforços dos trabalhadores. Também não se tem o sentimento da relação entre o trabalho e o salário. A atividade parece arbitrariamente imposta e arbitrariamente retribuída. “Tem-se a impressão de ser um pouco crianças a quem a mãe, para as manter quietas, dá continhas para que enfiem, prometendo-lhes bombons” (WEIL, 1934/5, p. 90).

Weil (1934-1935) considerava que toda ação humana requer um motivo que forneça a energia necessária para ser cumprida, e, na fábrica, as próprias condições do trabalho não permitem que outros motivos possam intervir, a não ser o medo das repreensões e o medo de ser despedido. O trabalhador não compreende que fabrica objetos exigidos pelas necessidades sociais, e que tem direito limitado, mas real, de ficar orgulhoso. Ignora o uso de cada peça; a maneira como se ajusta a outras; a sucessão das operações por que passa e o uso final do conjunto. “Ele não sabe o

que produz, logo não tem o sentimento de ter produzido, mas de ter-se esgotado no vazio” (WEIL, 1934/5, p. 96).

O trabalhador sai da fábrica com o sentimento de ter gasto a sua vitalidade sem ter posto nada de si próprio no seu trabalho – nem pensamento, nem sentimento. “Aí que a gente se sente realmente escravo, humilhado até o mais íntimo de si mesmo” (WEIL, 1934/5, p. 97).

O fato, conforme Weil (1941-1942), “é que não se está em casa na fábrica, não se tem nela o direito de cidadania, cada um é um estranho admitido como simples intermediário entre as máquinas e as peças fabricadas.” (p. 137). No final do dia o tempo foi cumprido. O trabalhador “viveu no exílio.” (p. 137). As máquinas e peças para fabricar estão, elas sim, em sua própria casa, e ele só é admitido nessa casa para aproximar as peças das máquinas. Só elas contam, ele não. “As coisas representam o papel dos homens, os homens representam o papel das coisas: eis a raiz do mal” (p. 135).

O trabalhador, nessas condições, fica privado de qualquer perspectiva de futuro. A única esperança é que lhe deixem passar mais um dia como o que já tivera. Quanto aos dias que virão depois, a imaginação se recusa a percorrer um número tão grande de minutos tristes. “O futuro é algo esmagador demais e se parece com a morte, pela uniformidade dos minutos que se sucedem como os tique-taques de um relógio produzindo um tempo que para o homem é inabitável e irrespirável.” (WEIL, 1941/2, p. 143). Ele não tem o sentimento de progredir no tempo, de caminhar, a cada esforço, na direção de certo acabamento. O esforço que ele está realizando não o leva a nenhuma parte, a não ser à hora da saída.

É preciso cerrar os dentes. Aguentar-se. Como um nadador na água. Só que com a perspectiva de nadar sempre, até a morte. E nenhuma barca que nos possa recolher. Se a gente se afunda lentamente, se soçobra, ninguém no mundo dará por isso. O que é que a gente é? Uma unidade na força de trabalho. A gente não conta. Mal existe (WEIL, 1936, p. 104).

Weil refere, em uma palestra proferida para operários em 1937, sobre a racionalização do trabalho<sup>10</sup>, que o conjunto das características desse modo de organização industrial apoia-se em métodos de organização científica do trabalho, que intervieram inicialmente na produção com a invenção e aperfeiçoamento das máquinas, e com as descobertas de processos que permitiam utilizar as forças da natureza, terminando, finalmente, por regular o emprego da matéria viva, isto é, dos homens, no trabalho.

É, portanto, uma forma de organização do trabalho que desconsidera o trabalhador em sua condição humana. Os homens estão lá para ajudar as máquinas a fazer todos os dias o maior número possível de produtos bem feitos e baratos. A sua energia é usada “como se faz uso da energia elétrica” (WEIL, 1937, p. 125). No entanto, as suas necessidades e aspirações, que não coincidem necessariamente com as exigências de produção, e até, de fato, não coincidem em absoluto na maioria das vezes, são desconsideradas. “Conciliar as exigências da fabricação com as aspirações dos homens que fabricam é um problema que os capitalistas resolvem suprimindo um dos termos; eles resolvem como se esses homens não existissem” (WEIL, 1937, p. 114).

Para Weil (1941-1942), os momentos que trazem alguma alegria são aqueles em que os trabalhadores conseguem se virar sozinhos. “Enquanto a gente cria, se esforça, aprende a ser malicioso com o obstáculo, a alma está ocupada com um futuro que depende de nós. Quanto mais o trabalho tem a possibilidade de trazer tais dificuldades, tanto mais eleva o coração” (p. 134).

Reconhece, no entanto, que essa alegria é incompleta por falta de pessoas que julguem e apreciem o valor do que se conseguiu.

---

<sup>10</sup> Conforme Weil (1937) para caracterizar o regime da indústria no qual inseriu-se como operária, e as mudanças introduzidas na organização de trabalho, fala-se quase que indiferentemente de racionalização ou de *taylorização*. Quando se fala de *taylorização* indica-se a origem do sistema, porque foi Frederick Taylor (1856-1915) quem deu o impulso e marcou a orientação deste método de trabalho. O taylorismo caracteriza-se fundamentalmente pela ênfase nas tarefas, objetivando o aumento da eficiência ao nível operacional com a máxima economia de esforço, e o menor gasto de tempo; e pela divisão das funções entre os trabalhadores que assumem partes fragmentadas dessas tarefas.

Esta indiferença priva do calor humano do qual se tem sempre um pouco de necessidade. Mesmo o homem menos desejoso de satisfação de amor próprio se sente demasiado só num lugar onde está decidido que só deve haver interesse pelo que ele fez, nunca pela maneira com que se empenhou para fazê-lo (WEIL, 1941/2, p. 134).

Weil (1934-1935) refere-se ainda a uma experiência de alegria no trabalho nos momentos em que compartilhava da solidariedade dos outros trabalhadores. Afirma que, nesse ambiente, um sorriso, uma palavra de bondade, um instante de contato humano, têm mais valor do que as mais dedicadas amizades. “No entanto, basta que eu cruze com o garoto cantor do forno que tem um bom sorriso, (...) que eu ouça no vestiário uma troca de brincadeiras mais alegres – este pouquinho de fraternidade me põe uma alegria na alma que durante algum tempo não sinto mais o cansaço. (...)” (WEIL, 1934/5, p. 79).

Weil (1934-1935) observa, no entanto, que existe pouco, bem pouco dessa fraternidade, e a sua experiência é de intensa solidão. O normal, afirma, é que o relacionamento, mesmo entre companheiros, seja um reflexo da dureza que domina tudo dentro das fábricas. Questionava-se por quanto tempo esse sentimento de fraternidade, fruto da indignação pelas injustiças infligidas a outros, podia permanecer intacto em um ambiente marcado pela brutalidade.

Em agosto de 1935, Simone Weil havia deixado as fábricas da Renault, concluindo que não pode haver alegria no trabalho nessas condições. A alegria é alegria do homem livre; os que povoam as fábricas não as sentem, a não ser em momentos curtos e raros, porque não são homens livres.

Esse contato com a infelicidade matara a minha juventude... Sabia bem que havia muita infelicidade no mundo, era obcecada por isso, mas eu não tinha jamais constatado por um contato mais longo. Estando na fábrica a infelicidade dos outros entrou na minha carne e na minha alma. Nada me separava dela. O que eu lá suportei me marcou de uma maneira tão duradoura, que ainda hoje, quando um ser humano, quem quer que ele seja, não importa em que circunstâncias, me fala sem brutalidade, não posso deixar de ter a impressão que deve haver algum engano, e que o engano sem dúvida vai se dissipar. Eu recebi de uma vez por todas a marca da escravidão (BOSI, 1979, p. 36).

No relato da sua experiência de trabalho como operária, alguns concomitantes ao período em que estava empregada nas fábricas, e outros posteriores, Simone Weil desenvolve um conceito que se tornará central em sua obra, a saber, o conceito de desenraizamento.

Em 1941, em um artigo intitulado *Experiência da Vida na Fábrica*, a autora aproxima-se da definição que posteriormente adotará para o termo, ao referir-se à condição de desterro experienciada pelos operários nas fábricas, as quais não se sentem ligados por nenhuma relação de intimidade, mantendo-se como estrangeiros, exilados ou desenraizados, em sua própria terra.

Essa “condição estrangeira”, associada à vivência de desenraizamento, Simone Weil percebia como determinada pelo poder econômico e por relações sociais marcadas pela dominação, o que faz com que os trabalhadores, embora estejam geograficamente no seu país de origem, sejam moralmente desenraizados, exilados e admitidos apenas, como por tolerância, a título de “carne de trabalho” (Weil, 2001, p. 45). “Os trabalhadores são admitidos no lugar de trabalho como imigrantes a quem se deixa entrar de favor” (WEIL, 2001, p. 52).

À experiência de desenraizamento, Simone Weil associava de maneira mais direta, portanto, nesse momento, o fato de que o operário, embora indispensável para a produção, tendo gasto no trabalho toda a sua energia vital, não contasse quase nada nesse processo, sendo-lhe impossibilitado tomar parte pelo pensamento e pelo sentimento no conjunto do trabalho realizado, em relação ao qual mantinha uma ignorância, às vezes, completa do seu valor e de sua utilidade social.

Em 1943, nos seus últimos escritos publicados com o título *O Enraizamento*, texto elaborado a pedido do governo francês no exílio, com o objetivo de tornar-se uma carta de direitos humanos para a França quando liberta do nazismo, a autora, tomando o trabalho como centro das suas reflexões, estuda o desenraizamento do operário e do camponês, elaborando e discutindo extensamente esse conceito, que permite assim caracterizar a totalidade das suas vivências de sofrimento como operária conforme descritas nos textos anteriores.

Considera, portanto, que a experiência de desenraizamento no trabalho operário se dá pela impossibilidade que esses trabalhadores têm de participarem na criação de uma obra e na organização do trabalho que realizam, como também, pela impossibilidade de perceberem-se pertencendo a uma coletividade de trabalhadores e a uma comunidade humana, na qual estejam inseridos pela tradição, conservando determinados bens que vinculam o homem a homens que o precederam, o presente ao passado e à memória continuamente retomada pelas narrativas de acontecimentos pregressos.

A impossibilidade de vislumbrarem um futuro onde outra condição de trabalho, e de vida, seja possível, completa essa vivência de desenraizamento. Segundo Simone Weil (2001), o futuro não nos traz nada, não nos dá nada; somos nós que para construí-lo devemos imaginá-lo, sonhá-lo, dar-lhe tudo, dar-lhe a nossa própria vida. Mas, para dar, é preciso possuir, e não possuímos outra vida, outra “seiva”, senão os tesouros herdados do passado e digeridos, assimilados, recriados por nós. Essa possibilidade de criar o futuro se vê impedida para os operários na condição de trabalho relatada pela autora.

Outros autores contemporâneos retomam o conceito de desenraizamento apresentado por Simone Weil, trazendo contribuições significativas para o aprofundamento da sua compreensão.

Safra (1999) refere-se ao caminho percorrido por Simone Weil para desenvolver esse conceito, afirmando que a filósofa, nesse processo de elaboração, adota a concepção de que o homem não pode ser reduzido à dimensão psíquica ou social, mas que é necessário um olhar que inclua o nível ontológico da existência humana, ou seja, as condições prévias que fundam a sua possibilidade, colocando-se como um *a priori* aos aspectos ônticos, apesar de estreitamente dependente desses para a sua evidenciação<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Conforme refere Gilberto Safra em seu livro *A Po-ética na Clínica Contemporânea* o ôntico e o ontológico são registros distinguidos por Martin Heidegger para abordar a diferença entre o ente e o Ser: o ôntico refere-se aos fatos da existência humana, enquanto o ontológico diz respeito às estruturas *a priori* que definem as possibilidades realizadas em cada existência humana. Partindo dos princípios clínicos e da concepção sobre o ser humano propostos por Donald Winnicott, Safra (2004) refere que quanto aos aspectos ontológicos a natureza humana é em si mesma a negação de qualquer essência fixa. A teoria do amadurecimento leva-nos a ver o homem em sua necessidade de chegar a ser e continuar-a-ser a partir da possibilidade de contar com alguém que inicialmente lhe provê os cuidados necessários para que isso se dê.



Assumindo com Simone Weil essa mesma perspectiva, Safra (2004) considera que a experiência de enraizamento remete a um meio vital, a uma atmosfera necessária para que se desenvolva a vida humana, ou seja, às condições que dão a possibilidade de o ser humano habitar um mundo no qual a vida possa ser protegida e afirmar-se, permitindo-lhe participar com a sua ação na criação desse mundo e de si mesmo.

Para identificar essas condições prévias necessárias para que se dê o acontecimento humano, Safra (2004) retoma inicialmente a teoria desenvolvida por Donald Woods Winnicott (1896-1971), afirmando que, no campo psicanalítico, o autor enfocou, primordialmente, não tanto o fenômeno psíquico, mas exatamente essas condições que seriam fundantes para o seu aparecimento. Ele realizou a sua obra mostrando que o ser humano, a fim de que possa acontecer e emergir como si mesmo, precisa iniciar seu processo de constituição a partir de uma posição, de um lugar. Esse lugar não é um lugar físico, é um lugar na subjetividade do outro (SAFRA, 2002, p. 34).

Outro conceito bastante caro à Gilberto Safra, o qual o autor considera que traz elementos mais amplos e complexos do que as teorizações ofertadas por Winnicott para discutir o conceito de enraizamento em Simone Weil, é a concepção russa de *Sobórnost*.

*Sobórnost*, substantivo que na língua russa refere-se ao comunitário, ao que promove a unidade e a conciliação, sem prejuízo das diferenças e da liberdade, é uma noção fundamental no pensamento russo, utilizada nos vértices filosófico, psicológico e teológico que pretende, conforme Safra (2004), iluminar as condições fundamentais para o acontecer humano.

O primeiro ponto importante na compreensão dessa abordagem, e que nos remete à discussão proposta nessa dissertação, é que ela abole a concepção de indivíduo como a conhecemos, a qual leva frequentemente a uma compreensão do ser humano como ontologicamente isolado dos demais. Na perspectiva de *Sobórnost* o homem só acontece como acontecimento comunitário, sendo cada ser humano a singularização da vida dos seus ancestrais e o pressentimento daqueles que virão. Isso equivale a afirmar, conforme Safra (2004), que o acontecimento

humano ocorre em meio à comunidade humana, como fenômeno transgeracional, enraizado nos solos do mundo cultural humano e do mundo natural.

A criança nasce afetada pela história dos ancestrais, pelo encontro com os contemporâneos, impulsionada em direção àqueles virão, sendo a comunidade que vai oferecer-lhe um lugar entre outros homens, atendendo a uma das necessidades fundamentais do ser humano, a saber, a de ser recebido no mundo humano pelo Outro<sup>12</sup> (SAFRA, 2004, p. 44).

Ao referir-se ao conceito de enraizamento, portanto, Safra (2004) está considerando que esse envolve as condições necessárias à instalação do ser humano no mundo com os outros a partir de um pressuposto de que a interdependência entre os humanos, e entre o homem e a comunidade, é fundante.

Safra (2002) refere que o mais habitual é compreender que o desenraizamento ocorre no registro étnico, mas que esse pode ser identificado também no registro estético e ético.

O desenraizamento étnico se dá pela perda da conexão com os elementos sensoriais e culturais que remetem o ser humano à memória da sua origem. Surge aqui um tipo específico de solidão que aparece, fenomenologicamente, como uma impossibilidade de pertencer e de encontrar os seus iguais. Essa forma de desenraizamento acompanha mais especificamente as vivências concretas de imigração e exílio, embora, simbolicamente, Simone Weil tenha se referido a essas experiências associando-as a sua vivência de operária nas fábricas em que trabalhou.

O desenraizamento estético acontece pelo fato de que as organizações no mundo contemporâneo possuem pouca relação com o psiquismo e a organização corporal humana. O corpo demanda organizações rítmicas, temporais e espaciais que sejam aparentadas com os ritmos e dimensões do corpo humano. Organizações inóspitas, excessivamente abstratas, tecnológicas, decorrentes da estética das máquinas, empobrecem a subjetividade, impedindo a possibilidade de os indivíduos

---

<sup>12</sup> Safra (2004) utiliza o Outro com maiúscula para referir-se ao outro compreendido ao mesmo tempo como contemporâneo, como ascendente, como descendente, como os artefatos humanos e a cultura, e como a natureza, aspectos fundamentais na constituição da morada humana.

efetivamente serem afetados pelas experiências, como também, determinam uma condição de isolamento e de quebra de vínculos com a comunidade em que estão inseridos.

O desenraizamento ético surge em um mundo nem sempre regido pelo respeito e responsabilidade pelo humano. A condição humana informa à criança, antes de qualquer aquisição intelectual, sobre o *ethos* humano, compreendido como as condições fundamentais que possibilitam o ser humano constituir-se como habitante do mundo humano, remetido a um lugar e a uma origem na comunidade.

Ao referir-se ao *ethos* humano, Safra (2004) remete-se à etimologia da palavra *ethos* afirmando que, na discussão proposta, não o relaciona com os costumes de uma comunidade, regras de comportamento, deveres estabelecidos pela lei, mas a *ethos* como morada, pátria. Associa esse conceito, portanto, ao que é fundante da condição humana, ou seja, aos elementos fundamentais que possibilitam, ou não, ao ser humano morar no mundo entre os homens.

Safra (2004) reconhece, por exemplo, como constituinte de um mundo habitado pelo humano, a possibilidade de que o sujeito, para sentir-se vivo e existente, possa colocar-se como participante de uma maneira singular e pessoal nesse mundo. Segundo Safra (2002), com a evolução do *self*<sup>13</sup>, na medida em que a pessoa caminha rumo ao campo social, há a necessidade de que o indivíduo possa articular ao mesmo tempo a vida privada e a vida social para encontrar inserções que preservem o seu estilo de ser e sua história. É o momento da participação na sociedade por meio do trabalho, do discurso, da obra, da ação política, ou seja, da capacidade criativa acontecendo no mundo com os outros.

Não basta, portanto, para o acontecer do *self*, logo, para que o indivíduo se sinta enraizado em uma comunidade, que o mundo esteja pronto com suas estéticas, com seus códigos, com seus mitos.

---

<sup>13</sup> Segundo a teoria do amadurecimento de Donald Woods Winnicott, o indivíduo, para se constituir como ser humano, conta com um potencial inato em direção ao amadurecimento, que necessita de um ambiente facilitador para se realizar. Esse potencial inato compõe-se de um conjunto de possibilidades pessoais únicas, específicas de cada indivíduo e sujeitas, em suas articulações, à natureza da experiência vivida no mundo real. Esse potencial herdado é o que Winnicott (1983) vai chamar de *self* central ou verdadeiro. Em se tratando de potencial, o verdadeiro *self* não se forma ou ganha significado *a priori*, mas vai constituir-se por meio da experiência, e necessariamente da experiência vivida na relação com o outro (SAFRA, 2004).

O sujeito precisa pelo gesto<sup>14</sup>, compreendido pela sua ação no mundo, transformar esse mundo, de modo que ao longo da sua história vá alcançando as diferentes nuances do habitar o mundo compartilhado pelo outro.

A cidadania, por exemplo, segundo Safra (2002) instaura-se pela possibilidade que tem o ser humano de inserir a sua singularidade por meio de seu gesto. No entanto, é necessário que o contexto social no qual o sujeito está envolvido mantenha certa “porosidade” para acolher um gesto que possa criar o inédito no seu campo. Caso não apresente essa “porosidade” pode levar o sujeito ao esquecimento do seu gesto, ao esquecimento de si e de suas raízes.

Safra (2004) refere que é por meio desse reposicionamento do pré-existente que o homem rompe o estabelecido e se insere na história humana, ressaltando que para que o gesto criativo se instaure – “o gesto que é anúncio de si” – precisa ser reconhecido pelo outro e acolhido pela comunidade como expressão de um ser singular, como ação criadora de um acontecimento inédito, e como esperança da continuidade da vida e dos anseios pelo futuro.

Compreender o ser humano como criativo, é compreendê-lo como ser que acontece em meio à liberdade. Conforme Safra (1999), liberdade, como parte do *ethos* humano, implica na capacidade de escolha, que sempre envolve um ato de criação. Quando escolho um objeto e o tomo, eu o retirei do mundo das coisas, e o re-criei. Ao posicionar, portanto, a criatividade ao lado da liberdade o autor considera que a experiência da liberdade por um lado coloca o ser humano em uma experiência originária de desamparo, ao impor-lhe o desafio da escolha, mas por outro possibilita que, por meio do seu gesto, possa “destinar-se em meio ao risco.” “O destinar-se ocorre como um gesto de esperança de que um acontecer é possível, isso é um arriscar-se. Todo gesto é uma ousadia que implica em risco” (SAFRA, 2004, p. 62).

---

<sup>14</sup> O *self* verdadeiro necessita à sua maneira e em seu tempo, a partir do contato com o ambiente facilitador, adquirir uma realidade psíquica pessoal que lhe permita sentir-se real, sentir que o mundo é real e experimentar a continuidade da sua existência. O gesto espontâneo é o *self* verdadeiro em ação. A criatividade para Donald Woods Winnicott está relacionada a essa experiência, sendo caracterizada como algo absolutamente próprio do indivíduo, que se expressa em um impulso original ganhando forma e sentido ao encontrar o mundo (SAFRA, 2004).

Safra (2004) considera ainda que a experiência da liberdade posiciona o homem em uma condição de manter-se aberto ao infinito, ao outro e à existência, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, o faz conviver com a experiência da sua finitude e dos seus limites. Deparar-se com esses limites implica em uma vivência de sofrimento que não deve ser evitada, visto que inclui a capacidade do ser humano vir a saber da sua condição.

O autor afirma, portanto, levando em conta esse estado de abertura ao infinito, que a condição humana acontece no enigmático, no obscuro, no indizível, no mistério, e que faz parte do *ethos* humano manter-se suspenso nessa posição. Considera que, desde o racionalismo, o projeto intelectual do Ocidente tem sido teorizar sobre o ser humano, suspendendo a sua condição enigmática e reduzindo-o a uma ideia, a uma coisa, a um objeto, a um conceito. No entanto, frente a qualquer tentativa de apreensão intelectual, o homem é um ser que por sua própria natureza desconstrói qualquer formulação racional ou teórica, e sofre pelo fato de ter sido coisificado, reduzido a ideias e abstrações (SAFRA, 2004).

Safra (2004) refere que, do ponto de vista ético, o homem tem responsabilidade pelo outro, e pelo mundo em que vive, pela natureza e pelas coisas, entendidas como realizações humanas transformadas pela criatividade, marcadas pela sua ação. Estamos em comunidade quando nos posicionamos solidariamente como o outro frente às grandes questões existenciais peculiares ao destino humano: a instabilidade, a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a incompletude da condição humana, a solidão essencial, a mortalidade, entre outros.

Solidariedade e amizade significam, portanto, um princípio fundamental, e a possibilidade de que o outro possa vir a experienciar a igualdade primordial da alma humana. Não se trata aqui de assumir uma posição moral, mas de reconhecer o outro, tendo em relação a ele uma posição que o vê na sua centralidade e na sua singularidade, sem reduzi-lo a mim mesmo. “A comunidade é sempre um encontro da pessoa com pessoa. O eu com o tu em um nós. Na autêntica comunidade não há nenhum objeto, porque uma pessoa nunca é objeto, mas é sempre um tu” (SAFRA, 2004, p. 39).

Ao referir-se a essas condições prévias para o acontecer humano, Safra (2004) considera que a experiência de desenraizamento tem como efeito uma interrupção que parece cindir a linha da história de vida de quem a vivencia, produzindo o mal-estar de uma existência desperdiçada: os esforços e as promessas da família, da escola, do trabalho e da religião, os conselhos dos pais e as orientações de um mestre podem ser bruscamente convertidos em imposturas, e não mais informam os projetos e os pressentimentos do porvir.

Produz-se nessas condições uma ruptura biográfica que participa do desenraizamento social, como que correspondendo à sua dimensão psicológica: é a modalidade traumática que o acompanha. Acontecimentos geradores de rupturas biográficas prejudicam, portanto, a comunicação com o passado e a possibilidade de reconhecer uma perspectiva no futuro, reclamando, segundo Safra (2004), um trabalho psíquico que pode durar uma vida.

#### **1.4 O trabalho em instituições públicas de saúde**

Conforme afirma Cecílio (2012), o conceito de trabalho em saúde poderia ser sintetizado em uma única palavra que lhe confere singularidade e grandeza: cuidar. “Como já foi dito, cuidar, diminuir sofrimento, salvar vidas, contribuir na construção de uma vida produtiva e feliz funciona como o ‘cimento simbólico’ das organizações de saúde” (p. 7). Independentemente desse trabalho ser realizado em uma organização muito complexa como um hospital, ou em uma equipe de saúde da família, o que dá a esse profissional a identidade de trabalhador da saúde é o fato de que, de um modo ou de outro, o seu trabalho resulta em cuidado.

Ao mesmo tempo, podemos considerar que esse cuidado só pode produzir sentido, em toda a sua radicalidade, na sua “encarnação” em indivíduos singulares. É o espaço de encontro entre o(s) trabalhador(es) de saúde e os usuários que se constitui, em princípio, no território propício para a escuta das necessidades de saúde de forma mais ampliada, transformando-se em lugar de maior ou menor potência de ação, que pode determinar o sucesso ou não da assistência, e levar o

usuário a compreender a doença como catástrofe individual ou possibilidade de seguir com uma vida produtiva e feliz (CECÍLIO, 2012).

A escuta das necessidades de saúde é, por isso, a chave do trabalho nesse campo, sendo fundamental, para que isso aconteça, o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo. Conforme refere Ayres (2006), talvez a mais básica condição de possibilidade de inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da dimensão dialógica do encontro entre usuários e profissionais, ou seja, a abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio à discursividade tecnocientífica. “Poder ouvir e fazer-se ouvir, polos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do Cuidado não um sujeito – profissional da saúde – e seu objeto – usuário ou comunidade –, mas dois sujeitos e um objeto mediador (riscos, disfunções, sofrimento)” (p. 70).

O trabalho em saúde tem, portanto, reconhecidamente, um forte caráter relacional, envolvendo o encontro entre profissionais e usuários, que atuam uns sobre os outros, e no qual opera, segundo Merhy (2013) um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

Assim sendo, o momento assistencial pode e deve fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, quer dizer de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Embora quando pensemos na assistência à saúde venha de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas, precisamos ter claro, conforme refere Ayres (2006), que nem tudo o que é importante para o bem-estar pode imediatamente ser traduzido e operado como conhecimento técnico ou aplicação de tecnologias.

Merhy (2013) afirma:

Acredito que o trabalhador para atuar utiliza três tipos de valises: uma que está vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo um estetoscópio, bem como uma caneta, papéis, entre vários outros tipos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por tecnologias duras; outra que está na sua cabeça e na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica ou a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leves-duras; e finalmente uma outra que está presente no espaço relacional trabalhador-usuário e que contém tecnologias leves implicadas com a produção de relações entre dois sujeitos, que só têm existência em ato. Esse é um espaço ocupado por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram. Por isso, esses processos são regidos por tecnologias leves que permitem produzir relações, expressando como seus produtos, por exemplo, a construção ou não de acolhimentos e vínculos, jogos transferenciais, entre outros (p. 176).

Conforme o autor, o ideal de bom funcionamento dos serviços de saúde seria que as tecnologias leves comandassem todas as demais, embora não haja uma separação nítida entre as várias tecnologias e, na prática, elas se apresentem de modo simultâneo. O grande problema, do seu ponto de vista, é quando há um “esmagamento” das tecnologias relacionais pelas tecnologias duras, ou mesmo leve-duras, pois nessas situações não há escuta, não há singularização de necessidades, mas a reprodução mecânica e serializada de procedimentos.

Remetendo-se à conceituação de trabalho vivo e trabalho morto<sup>15</sup>, proposta por Karl Marx (1818-1883), Merhy (2013) refere que, quando se trata do trabalho em saúde, a autonomia do trabalho vivo em ato, representado pelo momento criador do trabalho em si, é bem ampla em relação aos movimentos de captura pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras), sendo possível afirmar que a

---

<sup>15</sup> Merhy (2013) examina, a partir das categorias “trabalho morto” e “trabalho vivo”, as várias etapas de um processo produtivo, afirmando que o primeiro estaria representado pelas matérias primas e ferramentas/instrumentos, produtos de trabalhos humanos anteriores (trabalhos vivos), mas que agora encontram-se cristalizados em trabalho morto. Já o trabalho vivo estaria representado pelo momento do trabalho em si, em que aquele que o produz articula esses elementos em torno da realização de um projeto, o que envolve certa sabedoria e qualificação para juntar todos estes componentes, e com seus atos “vivos” permitir a realização de um produto. O trabalho vivo em ato é nesse momento, portanto, o trabalho criador, que o trabalhador exerce com maior ou menor autonomia, e o trabalho morto, o que já está dado e lhe é ofertado como um conjunto de situações que entra comandando uma parte da sua atividade produtiva e criativa.



produção de cuidados opera como uma tecnologia de relações e de encontro de subjetividades (leves).

O trabalho vivo em ato comporta, portanto, um grau significativo de liberdade, caracterizando-se pelo fato de que o seu produto final não pode ser desvinculado do trabalhador que o executou. No processo de trabalho em saúde o planejar, o decidir, o executar, e o avaliar não se separam, ou seja, a atividade e a gestão da atividade não constituem instâncias separadas.

No campo do trabalho em instituições públicas de saúde, consideramos fundamental levarmos em conta o cenário em que se dão as ações de cuidado, de forma a compreendermos o que vivenciam os trabalhadores nesse contexto específico.

Lacaz (2017) compreendendo que a gestão da saúde pública não expressa meramente decisões técnico-administrativas, mas escolhas políticas dadas por determinadas panoramas históricos e econômicos, afirma que o Sistema Único de Saúde – SUS enfrenta hoje inúmeros obstáculos para a sua efetiva implantação. Cada vez mais submetido à racionalidade do capital e à lógica do mercado, encontra-se permanentemente ameaçado pelo financiamento insuficiente, pela ausência de uma política razoável de pessoal e pela não realização de uma reforma sistêmica do seu modelo de organização e gestão.

Os efeitos desse processo de precarização do SUS são evidentes no cotidiano dos trabalhadores que atuam em instituições públicas de saúde, com graves repercussões para a sua saúde e qualidade de vida.

Lacaz (2017) refere-se, inicialmente, como fator decisivo nesse processo, à redução significativa do número de trabalhadores, em um contexto em que o aumento da população atendida pelo SUS é altamente expressivo. Como efeitos dessa conjuntura temos, conforme o autor, o aumento das jornadas de trabalho e a intensificação do seu ritmo, os quais, combinados à duplicidade de vínculos e a quase inexistência de pausas de descanso e de paradas para reflexão sobre o processo de trabalho, submete os trabalhadores a uma sobrecarga extenuante, que pode levá-los a perder progressivamente a autonomia sobre o seu trabalho e a possibilidade de pensar sobre ele.

À precariedade, no que diz respeito ao quadro de pessoal, associam-se as condições de trabalho deficitárias, e a fragilidade de uma rede referenciada que dê suporte aos atendimentos realizados, os quais compõem um conjunto de fatores determinantes da experiência de impotência e incapacidade do trabalhador para responder às demandas daqueles que atendem.

É frequente ainda a percepção de não terem o seu trabalho reconhecido, tanto no âmbito da própria instituição, quanto no campo social. Conforme Santos – Filho e Barros (2007) os sentimentos de indignidade e desqualificação são frequentes na experiência desses profissionais, mantendo-se estreitamente associados à imagem socialmente construída de desvalorização do seu trabalho, que se evidencia pela exposição midiática dos seus fracassos, e a consequente expectativa negativa dos usuários em relação ao atendimento que receberão no âmbito do SUS.

O trabalho dos profissionais da saúde pública é ainda caracterizado fortemente pela violência a que se veem submetidos, em um ambiente em que se destacam a insatisfação dos usuários e seus acompanhantes, os quais, já marcados pela violência social a que estão expostos, deparam-se, em muitas situações, com a precariedade dos serviços na situação de adoecimento. Conforme refere Assunção (2011), os trabalhadores da saúde pública no Brasil, ao lado de policiais, professores e agentes carcerários, estão entre os mais expostos às situações de violência.

Essa violência estende-se às relações dos profissionais com os seus pares e com as chefias. Assunção (2011) afirma que esse problema atinge significativa parcela dos trabalhadores nos serviços de saúde pública, incluindo agressões verbais e emocionais, intimidações e coerção, que ocorrem por meio de ameaças, insultos e diferentes formas de assédio, assim como, a violência indireta, definida pelo convívio e testemunho de situações de violência.

Dejours (2001) refere-se ainda a outra modalidade de violência, que podemos identificar no contexto das instituições públicas de saúde, a qual coloca o problema do consentimento em testemunhar o sofrimento ou mesmo infligi-lo, participando direta ou indiretamente de atos julgados como repreensíveis.

Esse ponto parece-nos capital, pois mostra que os trabalhadores não sofrem apenas por conta da violência que lhes é impingida, mas por consentir em realizar um trabalho “consustancial com o mal” (trabalho sujo<sup>16</sup>), ou seja, um trabalho que implica a tolerância, a não denúncia ou a participação no sofrimento infligido a outrem.

Sá (2015) afirma que a baixa qualidade dos serviços de saúde se potencializa significativamente através desse processo de banalização da injustiça<sup>17</sup> e do sofrimento, que inclui, para estabelecer-se, a redução da percepção da injustiça na situação em que atuam injustamente.

Tal processo que se manifesta, por exemplo, na mecanização das ações de cuidado, na apatia burocrática, na falta de comprometimento dos profissionais, na falta de ética, respeito e solidariedade na relação dos profissionais entre si, e desses com os usuários, produz, além da má qualidade do serviço, sofrimento entre os profissionais ainda comprometidos com a melhoria das condições de vida e saúde em nossa sociedade, especialmente por seu sentimento de impotência para modificá-la, e perplexidade por não lograrem compreender os seus complexos determinantes.

O sofrimento dos trabalhadores remete-se também, conforme afirma Lacaz (2017), à sua percepção de que a falta de comprometimento com as ações de cuidado em saúde, a falta de respeito, o descaso e a indiferença não se evidenciam apenas no nível da micropolítica institucional, mas estendem-se a determinações macropolíticas que institucionalizam a desintegração das relações no contexto do trabalho em saúde, a precarização dos SUS, a ingerência política nas práticas de saúde, e a preocupação com abordagens dos processos de saúde que priorizam a produtividade e a rentabilidade a curto prazo.

---

<sup>16</sup> Por trabalho sujo Dejours (2001) refere-se à dimensão do trabalho que é consustancial com o mal, ou seja, como o trabalho que quando realizado implica em injustiça e sofrimento infligido a outrem. O mal nesse contexto pode ser entendido como a tolerância à mentira, sua não denúncia, e, além disso, a cooperação, sua produção e difusão.

<sup>17</sup> Dejours (2001) refere-se a esse processo de redução da percepção da injustiça como a banalização da injustiça social, ou seja, como a banalização do mal enquanto processo graças ao qual um comportamento excepcional, habitualmente reprimido pela ação da maioria, pode erigir-se em norma de conduta ou mesmo um valor. Pressupõe em sua própria origem a criação de condições específicas para obter o consentimento e a cooperação de todos nessas condutas e em sua valorização social.

O processo de banalização da injustiça, associado aos impactos da reestruturação produtiva em saúde, tem ainda como consequência a diminuição da solidariedade e da cooperação entre os trabalhadores, fundamentais para que sejam realizadas as ações de cuidado, e para a construção de estratégias coletivas de defesa em um cenário de trabalho precário.

Os trabalhos científicos que se propõem a caracterizar a repercussão dessa conjuntura para a saúde física, psíquica e social do trabalhador são numerosos.

Na revisão bibliográfica realizada foram encontrados 248 estudos, entre dissertações, teses e artigos, que se revelaram significativos para a discussão que nos propomos realizar nessa dissertação. Esses estudos tinham como sujeitos médicos, enfermeiros e assistentes sociais atuando em Hospitais Públicos no Brasil, e buscavam identificar as vivências de satisfação/prazer e/ou sofrimento/adoecimento determinados por essa situação de trabalho.

O levantamento foi realizado nas bases de dados *PubMed/Medline*, *Lilacs* e *SciELO*, incluindo pesquisas publicadas no período de janeiro de 2008 a março de 2019. Os descritores utilizados na estratégia de busca foram: Pessoal da Saúde, Enfermagem, Enfermeiros, Médicos, Assistentes Sociais/ Saúde do Trabalhador, Saúde Ocupacional, Sofrimento Mental, Doenças Profissionais, Satisfação no Trabalho, Prazer/ Hospitais Públicos, Saúde Pública, Brasil. Procuramos ainda identificar estudos que tivessem como referência teórica a *Psicodinâmica do Trabalho*, os conceitos desenvolvidos por Simone Weil, e a *História Oral de Vida*, usando para tanto as palavras-chave “*Psicodinâmica do Trabalho*”, “*Christophe Dejours*”, “*Simone Weil*” e “*História Oral de Vida*”.

Foi possível constatar, inicialmente, que a maioria dos trabalhos observados identificam quadros patológicos já estabelecidos, bem definidos, referidos como consequência de uma situação de trabalho patogênica, sendo que poucos se referem a experiências de satisfação com o trabalho nesse contexto.

A exceção se dá com os estudos que adotam a *Psicodinâmica do Trabalho* como referência teórica, que correspondem a 23% do total de trabalhos observados, as quais se referem, quase com unanimidade, a fatores determinantes de sofrimento e prazer, ressaltando a dinâmica estabelecida entre essas vivências – que nessa

abordagem não são excludentes –, e em alguns casos, às estratégias individuais e coletivas que permitem constituir defesas contra os riscos de desestabilização física e psíquica.

No primeiro grupo de estudos a categoria mais adotada para caracterizar esse processo de adoecimento é a Síndrome de *Burnout* – Síndrome do Esgotamento Profissional<sup>18</sup>. As pesquisas identificadas, que constatarem a sua ocorrência em trabalhadores de instituições públicas de saúde, especialmente em médicos, enfermeiros e assistentes sociais, verificam, em sua maioria, que esses apresentam grau médio ou alto de exaustão emocional; médio ou baixo de realização pessoal no trabalho; e grau médio ou alto de despersonalização (VIDOTTI *et al.*, 2018; GRIEP *et al.*, 2013; LIMA *et al.*, 2013; FERREIRA *et al.*, 2013; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

Ao lado da Síndrome de *Burnout*, aparecem ainda como categorias mais frequentes nesse processo de adoecimento: o estresse; os transtornos mentais comuns, que incluem sintomas somáticos, irritação, cansaço, esquecimento, redução da capacidade de concentração, ansiedade e depressão; os transtornos depressivos e ansiosos; os distúrbios psicossomáticos e o suicídio (ARAÚJO *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2015; MARTINEZ *et al.*, 2014; ASSUNÇÃO *et al.*, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2018; PINHATTI *et al.*, 2018; MATTOS *et al.*, 2017; BRAGA *et al.*, 2010; OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No que se refere ao adoecimento físico os problemas mais comuns entre os profissionais da enfermagem são os musculoesqueléticos, seguidos dos problemas circulatórios e respiratórios, tendo chamado atenção o artigo intitulado *Fatores físicos e psicossociais de risco para desordens musculoesqueléticas em enfermeiras brasileiras e italianas*, no qual Carugno *et al.* (2012) concluem que esses distúrbios, apontados como os mais frequentes pela literatura, estão associados muito constantemente a um processo de somatização do sofrimento psíquico, o que nos

---

<sup>18</sup> Distúrbio psíquico que ocorre quando o estresse crônico consome o trabalhador física e emocionalmente, produzindo sintomas como a despersonalização, exaustão emocional e baixo nível de realização profissional. Para a definição do risco de desenvolvimento da Síndrome, o Inventário de Maslach para o Burnout, principal instrumento de avaliação utilizado nas pesquisas, traz como indicadores de risco a obtenção de altas pontuações em Exaustão Emocional e Despersonalização, e baixas pontuações em Realização Profissional.

parece relevante, tendo em vista que os demais estudos restringem essas patologias a determinantes exclusivamente físicos.

Uma pesquisa significativa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), no ano de 2015, considerada o mais amplo levantamento sobre uma profissão já realizado na América Latina, que incluiu profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) de 50% dos municípios brasileiros, em todas as Unidades de Federação, concluiu que 64% dos profissionais referem desgaste na sua atividade profissional; que 22% estiveram de licença médica nos últimos 12 meses e que 56% passaram por atendimento médico nos últimos doze meses, sendo a situação de violência no ambiente de trabalho, especialmente por parte dos usuários, o principal motivo de insatisfação.

Caneglian (2017) referindo-se aos resultados de uma pesquisa realizada no período de 2011 a 2014 em instituições públicas de dois municípios do Estado de São Paulo, tendo como sujeitos, entre outros profissionais, médicos e enfermeiros, conclui, ao discutir o sofrimento físico e mental desses trabalhadores, que as principais causas de afastamento do trabalho são compostas, em primeiro lugar, pelos agravos codificados como doenças do sistema osteomuscular (lombalgias, cervicalgias, artropatias de joelho e ombros, e as fibromialgias), e do tecido conjuntivo; em segundo lugar pelas doenças do aparelho respiratório e em terceiro pelos transtornos mentais, bem como pelos agravos que traduzem manifestações como tensão e estresse. A autora refere, no que diz respeito aos afastamentos por transtornos mentais, que existe subnotificação importante nesse campo.

Esse estudo conclui ainda que a percepção sobre o adoecer no trabalho coexiste, para os trabalhadores, com a noção de que é inexistente o direito à saúde, o que se evidencia pela ausência de políticas promotoras e preventivas, que os faz sentir ora como descartáveis, ora como abandonados quanto às formas de tratamentos de suas angústias.

Chamaram atenção ainda dois estudos que ao fazerem referência ao processo de adoecimento dos trabalhadores enfatizam o sofrimento moral que vivenciam, compreendido como o sofrimento que decorre da situação em que a pessoa julga o que é moralmente correto, tem consciência da sua responsabilidade, mas sente que a sua participação é ineficaz, ou que, no seu ambiente de trabalho,

as práticas profissionais que não correspondem a esses princípios são banalizadas (FACHINI *et al.*, 2017; BARLEM *et al.*, 2012).

No artigo intitulado *Sufrimento moral de trabalhadores de uma enfermaria pediátrica*, que inclui médicos e enfermeiros, Fachini *et al.* (2017) concluem, a partir dos relatos de 18 entrevistados, dos quais 72% vivenciavam o que denominam sofrimento moral, que entre os determinantes principais desse sofrimento encontravam-se as questões estruturais, como carência de equipamentos e tecnologias, que os impedia de realizar o seu trabalho como consideram correto ; o comprometimento da autonomia pela submissão do trabalhador às condições impostas; a pouca resolutividade do Estado no que diz respeito às questões de saúde pública e a mecanização das ações de cuidado num contexto singular em que a ausência dessas condições pode determinar a vida ou a morte.

No que diz respeito às assistentes sociais, em relação às quais foi identificado um número mais reduzido de estudos que tratam de observar o seu adoecimento no contexto do trabalho em instituições públicas de saúde – o número maior de estudos incluía profissionais de enfermagem, seguidos de profissionais médicos –, os principais determinantes para o seu processo de adoecimento foram a falta de um espaço adequado para atendimento, no qual pudessem ter a privacidade que a natureza do seu trabalho exige; a precarização dos serviços que compromete o atendimento das demandas e a resolutividade do seu trabalho; o sofrimento pelas contradições, dificuldades e desigualdades a que estão submetidos os usuários da saúde; a precarização dos vínculos, que gera insegurança quanto à sua permanência nas Unidades; a carga emocional a que estão submetidas diariamente e a falta de reconhecimento do valor do seu trabalho (NOGUEIRA *et al.*, 2006; SARRETA, 2008; TRINDADE, 2002).

Vasconcelos (2012) enfatiza que o sofrimento vivenciado pelos assistentes sociais em instituições públicas de saúde remete-se prioritariamente à demanda institucional de que as suas ações contribuam para minimizar pendências, disputas, conflitos e imprevistos, com o objetivo de manter o *status quo* da Unidade, ou seja, de que concorram para ocultar as contradições no movimento institucional entre os interesses dos usuários, da instituição e dos profissionais. A submissão a essas injunções, segundo a autora, determina a perda de autonomia para decidir sobre o

seu trabalho, e a dificuldade de dar visibilidade ao mesmo, o que implica em sentimento profundo de desvalorização.

No que se refere às experiências de satisfação no trabalho, que como havíamos mencionado são pouco citadas no âmbito das pesquisas que não se fundamentam na Psicodinâmica do Trabalho, cabe considerar, que na maioria dos estudos observados, associam-se a um estado emocional prazeroso, resultante da consonância entre as condições de trabalho e os valores do indivíduo. Entre os métodos utilizados para avaliar satisfação no trabalho a aplicação de instrumentos de medida tem sido o mais utilizado, sendo a escala *Job Satisfaction Survey* (JSS), que incluiu itens como remuneração, promoção, supervisão, recompensas, condições operacionais, colaboradores, natureza do trabalho e comunicação, a mais reconhecida (PIERANTONI *et al.*, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2016; MARCOLINO *et al.*, 2018). Observou-se que, nesses estudos, aspectos mais singulares da subjetividade do trabalhador são pouco considerados, assim como, é dado pouco destaque à sua participação no sentido de criar condições para que possa encontrar prazer e realização com o seu trabalho.

Como havíamos mencionado as referências feitas à satisfação com o trabalho realizado em instituições de saúde pública são bastante exíguas nas pesquisas dessa natureza. Silva e Ramminger (2014), em um artigo intitulado *O trabalho como operador de saúde*, ressaltam que os estudos sobre a relação entre saúde e trabalho tendem efetivamente a destacar seu viés negativo e patológico, identificando-o como fonte de desgaste e sofrimento. Referem-se especialmente nesse artigo às pesquisas que abordam a saúde do trabalhador da saúde pública, verificando que as relações estabelecidas entre o trabalho nesse contexto e o sofrimento/adoecimento dos trabalhadores são majoritárias em relação àquelas que tratam da possibilidade dos trabalhadores sustentarem o trabalho como operador de saúde<sup>19</sup>, encontrando prazer e satisfação no que realizam.

---

<sup>19</sup> Silva e Ramminger (2014) referem-se ao trabalho enquanto operador de saúde quando há lugar para a criação coletiva e pessoal, bem como para o reconhecimento do trabalhador em sua atividade. Afirmam ainda, remetendo-se a Georges Canguilhem, que terá essa qualidade quando for normativo, ou seja, quando propiciar a fabricação de normas propulsivas, aquelas que não constituem obstáculo à criação de novas normas.



Consideramos que, a discussão proposta pelas pesquisas que adotam essa abordagem, é sem dúvida fundamental, tendo em vista que desvela uma realidade que precisa ser reconhecida, por demandar transformações profundas ao nível macro e micropolítico, como também a definição de políticas de saúde voltadas ao trabalhador.

Compreendemos, no entanto, que essa abordagem, por ser predominante no campo da produção científica sobre o tema, corre o risco de naturalizar a concepção do trabalho em saúde pública como submetido à incidência de determinantes imutáveis e irrevogáveis que o desvitalizam, ressaltando a sua ineficiência e encobrendo as inumeráveis ações de cuidado em saúde realizadas por trabalhadores implicados com o trabalho e mobilizados subjetivamente na sua prática cotidiana, que não se submetem passivamente a esses constrangimentos, mas desenvolvem sistemas defensivos individuais e coletivos para se proteger do risco de adoecerem, e de encontrarem prazer com o trabalho.

Parece-nos relevante ainda considerar que a preocupação dos estudos em identificar síndromes ou transtornos mentais associados a determinadas vicissitudes do trabalho, colocadas como condições inexoráveis, pressupõe uma posição que distingue com limites muito precisos a saúde ideal e a doença descompensada, sendo que, com Canguilhem (1966/2015) consideramos que o normal não pode ter a rigidez de um fato coercitivo coletivo, pois pode ser reconhecido apenas em indivíduos reais e singulares.

Quanto aos estudos que têm como referência teórica a Psicodinâmica do Trabalho, foi possível observar que embora identifiquem vivências de sofrimento no trabalho, essas aparecem como indissociáveis das experiências de prazer, e se remetem a um campo aquém da doença mental descompensada.

Quanto às experiências de prazer com o trabalho, observou-se que essas são definidas muito especialmente pela consideração de que no ato de cuidar os trabalhadores podem dar conforto, aliviar o sofrimento e salvar vidas, o que é frequentemente referido como a possibilidade de “serem úteis”. Aparece ainda de maneira igualmente recorrente a menção ao prazer advindo do reconhecimento do seu trabalho pelos pacientes, pelos pares e chefias, assim como, pela valorização social do mesmo (LUZ, 2010; CONDE *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2016).

No que se refere à experiência do prazer pela realização do ato de cuidar, Costa (2013) em sua dissertação de mestrado intitulada *Vivência de prazer e sofrimento no trabalho da enfermagem* propõe uma discussão que nos parece significativa, ao concluir que, para o profissional de enfermagem, assistir diretamente o paciente no dia a dia, prestando cuidados e acompanhando a sua evolução clínica, traz a certeza de que suas intervenções auxiliam na manutenção da vida humana, o que, embora determine sofrimento, é fator fundamental na experiência de prazer. Refere ainda que a experiência de ser afetado pela dor e sofrimento dos pacientes e familiares, demonstrando afeto e dedicação, embora os sobrecarregue emocionalmente, confere significado ao trabalho que realizam, especialmente quando o tratamento do paciente é bem-sucedido e ele pode retomar a sua vida, o que é compreendido como recompensa pelo trabalho realizado.

Nesse mesmo estudo a autora identifica como experiência de prazer para os profissionais a percepção de que a relação estabelecida com os pacientes e familiares, quando há um autêntico envolvimento e a criação de vínculo, constitui-se em uma situação de aprendizado e reflexão sobre a própria vida pela escuta das suas histórias de vida, e pela observação dos recursos de enfrentamento que esses pacientes e familiares desenvolvem para dar conta da situação de adoecimento.

Fonseca (2014) menciona igualmente na sua tese de doutorado – *Da prescrição à criação – inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia* – a referência dos trabalhadores à riqueza das batalhas travadas no universo laboral para o seu crescimento humano. A autora ressalta que essas falas não se enquadram em discursos sobre autossuperação, ou em tentativas para justificar as fontes de sofrimento no trabalho como fatores para o crescimento individual, banalizando e naturalizando as iniquidades possíveis de serem transformadas, mas apontam para genuínas experiências de transformação de percepções subjetivas do mundo e da vida a partir do trabalho. Refere que o verbo “aprender” apareceu na fala de vários trabalhadores quando discorriam a respeito do que dava gratificação no trabalho, não só em relação a novos modos de saber fazer, mas também em reflexões sobre o viver, os seus valores, a experiência de finitude e da importância da vida.

Ainda no que se refere às experiências de prazer no trabalho chama a atenção os artigos que discutem a atuação de médicos e enfermeiros na Emergência dos hospitais, os quais caracterizam bem a dialética prazer/sofrimento no trabalho conforme considerada pela Psicodinâmica do Trabalho. Esses estudos concluem que embora esse contexto coloque desafios determinantes de tensão e sofrimento pela presença de pacientes extremamente graves, e pela escassez de recursos materiais e humanos em uma situação que exige rapidez e resolutividade no atendimento, esses mesmo desafios ao demandarem do trabalhador agilidade, iniciativa, criatividade e competência para lidar com o inesperado e imprevisível aparecem como fonte de prazer, especialmente quando os cuidados são bem sucedidos e eles são reconhecidos pelo que realizaram (MARCOLINO *et al.*, 2018; NASSAR *et al.*, 2016).

Outros fatores determinantes de prazer, que se evidenciam nos resultados dessas pesquisas são a possibilidade de criação; a possibilidade de compartilhar suas vivências no cotidiano de trabalho; a possibilidade de transformar as situações e causar efeitos na organização do trabalho; o estabelecimento de vínculos com os usuários; as relações de cooperação e solidariedade estabelecidas com colegas e chefias e o reconhecimento da contribuição social implicada no trabalho que realizam (BAASCH *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2017; GIONGO *et al.*, 2019).

No que se refere aos assistentes sociais foi identificado como especialmente significativo, no que diz respeito à satisfação no trabalho, o fato de reconhecerem a sua utilidade e valor, principalmente a partir do reconhecimento e gratidão explícitos dos usuários (SILVA *et al.*, 2015; CASTRO *et al.*, 2015; BRAVO *et al.*, 2006).

Quanto aos motivos determinantes dos processos de sofrimento, essas pesquisas destacam o comprometimento da possibilidade de cooperação em função da variedade de vínculos empregatícios; impossibilidade do trabalhador ter controle sobre o processo de trabalho; impedimento da criatividade e autonomia; forte hierarquização; falta de espaço para compartilhamentos de experiências e participação nas decisões; convívio com a dor e o sofrimento do paciente e os sentimentos de impotência e desamparo (ASSUNÇÃO; TAVARES, 2012).

Outra referência teórica fundamental na elaboração dessa dissertação é a obra de Simone Weil. Na revisão bibliográfica realizada pudemos encontrar diversos

trabalhos cujo embasamento teórico inclui essa abordagem – no campo do trabalho fabril, nas discussões sobre os processos de migração, no atendimento a crianças em situação de risco, entre outros –, mas nenhum que se referia ao trabalho em instituições públicas de saúde.

Quanto à metodologia adotada nesse Estudo – História Oral de Vida – encontramos apenas três pesquisas que a utilizam tendo como colaboradores profissionais da saúde, mas nenhuma se aproxima, no que diz respeito aos seus objetivos, ou à categoria profissional dos colaboradores, ao que propomos. A primeira inclui profissionais farmacêuticos que atuam em hospitais públicos e privados; a segunda, médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e psicólogos que compõem uma equipe interdisciplinar de transplante de coração em um hospital da rede pública, e a terceira, profissionais da saúde do Hospital São Paulo, entrevistados com o objetivo de refletir sobre as suas vivências no que diz respeito à Política Nacional de Humanização (DAL POGGETTO, 2017; ROSSELLO, 2015; ROSSI, 2015).

## **1.5 A humanização na Saúde**

Nas últimas décadas, a produção intelectual em Saúde Coletiva vem promovendo um deslocamento do foco de análise do acesso aos serviços e a extensão de cobertura da rede para o acolhimento nas unidades de saúde. Sá (2005) afirma que é inegável que, depois de tantos anos de luta, o Sistema Único de Saúde (SUS) conseguiu uma ampliação significativa em termos de cobertura e acesso a determinados serviços, sendo que, o maior desafio, como atesta a própria população atendida, tornou-se a melhora da qualidade da atenção. Na avaliação do público, a escuta cuidadosa e a capacidade do profissional para compreender suas demandas e suas expectativas são fatores que chegam a ser mais valorizados do que a quantidade de profissionais disponíveis para atendimento, a oferta de medicamentos e as instalações das unidades de saúde.

Neste contexto, a humanização da assistência vem ocupando uma posição cada vez mais central na agenda de discussões não só acadêmicas, mas setoriais,

sendo incluída, embora muitas vezes sem precisão conceitual e operacional, como um dos componentes essenciais para a qualidade da assistência. Tais preocupações frequentemente se expressam em recomendações sobre uma gama diversificada dos processos de produção das ações de saúde, como a organização do espaço físico, a qualidade dos recursos tecnológicos disponíveis, ou condutas mais intangíveis, ou de complexa definição e avaliação, como “gentileza”, “escuta”, “acolhimento” e “atenção”.

Nos últimos anos, temos assistido a algumas tentativas de ordenamento dessas discussões e iniciativas, buscando conferir-lhes um tratamento politicamente mais abrangente e efetivo. Por parte do Ministério da Saúde, especificamente, o problema da assistência à saúde veio recebendo uma atenção crescente, destacando-se a iniciativa da criação do PNHAH, em 2001, e, posteriormente, da PNH, no ano de 2003.

O PNHAH nasceu de uma iniciativa para buscar estratégias capazes de melhorar o contato humano entre o profissional da saúde e usuário, entre os próprios profissionais e entre os hospitais e a comunidade, de modo a garantir a qualidade da assistência. Centrava as suas propostas, portanto, na busca de estimular a criação e sustentação permanente de espaços de comunicação, favorecendo o diálogo e o respeito à diversidade de opiniões, compreendendo que a humanização em saúde se orientava pela possibilidade de estabelecimento desses princípios (DESLANDES, 2004; DAL POGGETTO, 2017).

Sendo inegável o valor das proposições feitas pela PNHAH, o que se observou, no entanto, foi uma tentativa de operacionalizar essas propostas através de ações educativas e de processos de sensibilização dos trabalhadores para integrar “habilidades humanísticas” às suas competências técnicas, o que se revelou, ao longo dos anos, como pouco eficaz no alcance dos objetivos propostos. Como aponta Cecílio (2009), esses programas de qualificação e humanização, ainda bastante valorizados nos serviços de saúde, compreendem inclusive o risco de contribuir para uma instrumentalização e excessiva formalização do encontro do profissional de saúde com o usuário.

Nesse contexto a PNH trouxe um avanço conceitual inegável ao fundamentar a concepção de “humanização” não mais no desenvolvimento de qualidades

específicas, muitas vezes idealizadas, mas na valorização dos sujeitos considerados na sua singularidade – usuários, trabalhadores e gestores –, favorecendo-lhes a autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, a criação de vínculos solidários e a participação coletiva nos processos de gestão (BARROS, 2007).

É preciso, no entanto, reconhecer a complexidade das questões relacionadas à humanização dos serviços de saúde e os desafios que ainda se colocam para a formulação de propostas de intervenção efetivas.

No que diz respeito aos trabalhadores da saúde, incluídos explicitamente em um dos eixos dessa Política, os limites da sua participação como sujeitos nos processos de trabalho, que caracterizaria a “humanização” da sua prática, são ainda muito evidentes, pois os métodos tradicionais de planejamento, de condução dos trabalhos e tomadas de decisão ainda prevalecem, e os conflitos institucionais são pouco problematizados e direcionados ao espaço coletivo.

Cabe ainda destacar que, além dos limites referidos, convivemos com o fato de que o próprio objeto nuclear das ações de humanização – a dimensão intersubjetiva da assistência em saúde – opõe-se à operacionalização e à tentativa de controle, avaliação e correção. Recuperando o nosso entendimento de que a especificidade do trabalho em saúde é sua característica relacional/intersubjetiva de intervenção única de um sujeito sobre o outro, em suas experiências singulares, devemos concluir pela impossibilidade de pensarmos soluções normativas, programáveis ou universais para a humanização em saúde. Como afirma Merhy (2002), por constituir-se em trabalho vivo em ato, o trabalho em saúde é apenas parcialmente capturável pelos saberes e normas da organização da assistência que pretende conformá-lo a determinados modelos.

Outras abordagens à humanização na saúde vêm sendo adotadas, e parecem-nos relevante evidenciá-las por oferecerem novas perspectivas de aproximação a esse fenômeno, incluindo nas suas propostas de ação a possibilidade efetiva de sustentar um espaço que escape às proposições normativas, no qual seja possível, portanto, abrir-se à singularidade dos sujeitos e das experiências.

Gallian, Pondé e Ruiz (2012), fundamentando-se em Janine Ribeiro e Teixeira Coelho – autores que estiveram empenhados em discutir a especificidade e o papel das Humanidades no cenário contemporâneo –, propõe um entendimento do fenômeno da humanização como um processo contínuo da ampliação da esfera da presença do ser, que vai bem além da aquisição de um conjunto específico de competências e habilidades, envolvendo o homem tanto na dimensão afetiva, quanto cognitiva e volitiva.

Conforme Teixeira Coelho (2001), a ampliação da esfera da presença do ser refere-se à experiência de poder ser afetado, e de procurar tornar ou manter tão maleável, viva e flutuante quanto possível uma sensibilidade atenta à indeterminação e à diversidade, portanto, aberta à experiência humana e à possibilidade de sair de si mesmo para perceber o outro.

A concepção de experiência proposta por Bondía (2002) vem ao encontro das reflexões desenvolvidas por Teixeira Coelho (2001), quando o autor identifica como experiência tudo aquilo que incide sobre nós, exigindo para que aconteça a possibilidade de sermos afetados. “A experiência é o que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece”.

Conforme o autor, o sujeito da experiência não é, portanto, o sujeito da informação, da opinião, do saber, do julgar, do fazer, do poder, do querer, mas um “território de passagem”, algo como uma “superfície sensível” afetada por acontecimentos que produzem afetos, inscrevem marcas, deixam vestígios. Ou seja, o sujeito da experiência não se define por sua atividade, mas por sua receptividade, disponibilidade e abertura.

Levando em conta esse referencial, Gallian e Reginato (2009) entendem que, no campo da saúde, a desumanização é a condição pela qual o paciente deixa de ser visto como uma pessoa integral, com história e biografia própria. “O ser humano passa a ser um loteamento de órgãos, ou doenças, valorizados segundo o grau de comprometimento, de risco, ou o período e circunstâncias que o cercam.” Esse modelo, ao reforçar as tendências cientificistas e tecnicistas da Modernidade, contribui para uma visão fragmentada do ser, como se o conhecimento aprimorado

das partes aos poucos fosse obscurecendo a totalidade do ser humano em todas as suas dimensões: emocional, cultural, social, familiar e espiritual.

Em relação à experiência de trabalho do profissional da saúde, podemos considerar que, igualmente, o processo de mecanização das práticas de cuidado e a excessiva valorização da tecnologia e dos conhecimentos técnicos, em detrimento das chamadas tecnologias leves, esvaziam de sentido a sua prática, privando-o da experiência da sua própria humanidade. Pressionado por modelos previamente estabelecidos a que deve submeter-se, até mesmo ao ideal de um “profissional humanizado”, que predeterminam detalhada e repetidamente a sua ação, vinculando-a a uma repetição de tarefas que subordinam a sua prática de cuidado à eficiência técnica de uma máquina, o trabalhador da saúde se vê diante do desafio de sustentar um trabalho vivo nesse contexto.

Em consonância com essa abordagem, compreendemos que para uma efetiva humanização da saúde é preciso partir em busca de modelos que comportem as peculiaridades e a subjetividade de cada ser humano. A humanização deveria ser vista não de forma rígida, formatada, e sim construída a cada momento, em cada situação vivida, o que requer a formação de profissionais de saúde com capacidade de reflexão e condição para, conforme refere Bondía (2002), conservarem a possibilidade de serem afetados e interpelados pelos encontros e acontecimentos.

No âmbito das propostas de humanização da saúde, que se orientam por essa compreensão, chama atenção a alternativa apontada por Gallian, Pondé e Ruiz (2012), que indica “um caminho terapêutico” para a humanização, fundamentado nas humanidades como fonte desencadeadora de experiências estéticas e reflexivas. Compreendendo que a experiência da humanização não se dá como resultado de um processo de aperfeiçoamento de competências e habilidades, mas sim como um movimento contínuo e sempre incompleto de “ampliação da esfera do ser”, o autor propõe uma atividade de caráter empírico-experimental, denominada Laboratório de Humanidades (LabHum), que se fundamenta na experiência afetiva e reflexiva proporcionada pela literatura.

Como afirma Lima de Carvalho (2017), num ambiente de liberdade reflexiva como é o Laboratório de Humanidades, onde não há a necessidade de desenvolver teses sobre os textos lidos, os saberes pessoais são reconhecidos e compartilhados,



e uma diversidade de ideias e sensações se misturam às impressões dos outros, gerando identificações e estranhamentos. Por isso, ao mesmo tempo em que é uma experiência intelectual, é também uma vivência de ampliação da subjetividade, de autoconhecimento e de envolvimento, tanto com vidas e ideias fictícias, como com a experiência do outro, leitor real, participante do grupo. Nesse sentido, o aprendizado que se dá é sobretudo humano.



## 2.1 Objetivo geral

Compreender, a partir de relatos da História Oral de Vida de profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, como esses trabalhadores sustentam um sentido para o trabalho que realizam, apesar de estarem expostos a um processo de precarização do trabalho na instituição de saúde em que atuam.

## 2.2 Objetivos específicos

- Identificar e analisar as experiências de sofrimento expressas nas narrativas desses trabalhadores;
- Identificar as diferenças e semelhanças entre as experiências dos trabalhadores de diversas categorias profissionais, e com maior ou menor tempo de trabalho em instituições de saúde pública, no que se refere a como sustentam um sentido para o trabalho que realizam, e às vivências de sofrimento nesse contexto;
- Analisar em que medida ações como a escuta e a elaboração de narrativas podem se apresentar como produtoras de sentido para a experiência de trabalho desses profissionais.



Considerando-se os objetivos desse estudo, compreendemos que o uso de uma metodologia qualitativa seria o mais adequado, visto que permite a ampliação do entendimento em relação a um determinado fenômeno, não buscando estudá-lo em si, mas compreendendo o seu significado individual e coletivo para aqueles que o vivenciam.

Segundo Minayo (2012), o verbo principal da metodologia qualitativa é compreender.

Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque a sua subjetividade é uma manifestação do viver total, mas também é preciso saber que as experiências de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que se insere (p. 57).

Nessa abordagem, portanto, a relação entre o sujeito investigador e o sujeito investigado é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho, sendo que, frequentemente, as questões passíveis de investigação por meio da pesquisa qualitativa, como é o caso do presente estudo, emergem da jornada pessoal do pesquisador, fazendo com que sujeito investigador e sujeito investigado estejam solidariamente comprometidos, e que o observador, ele mesmo, seja parte da sua observação.

Cabe referir ainda que, no âmbito das pesquisas qualitativas, não há uma expectativa imediata de generalização dos resultados obtidos, pois essas não se pautam em quantificações das ocorrências ou relações causa-efeito, cabendo aos leitores, a partir do conhecimento construído, examinar a sua plausibilidade e utilidade para compreender casos e contextos sociais constituídos pelas mesmas vivências apresentadas na pesquisa. Logo, o que importa não é o tamanho da amostra, mas sim as suas características.

É necessário observar ainda, conforme ressalta Minayo (2012), que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos

constitutivos, as metodologias qualitativas não se tornam menos “científicas”, pelo contrário, elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam.

Um aprofundamento acerca das metodologias qualitativas resultou na opção de nos apoiarmos na História Oral de Vida para estruturação do estudo, condução do processo das entrevistas e elaboração dos textos escritos, e na Imersão/Cristalização, técnica inspirada na Fenomenologia Hermenêutica, para compreensão e interpretação das narrativas.

### **3.1 História Oral de Vida**

A História Oral de Vida é uma das metodologias que compõe o campo da pesquisa qualitativa, compreendendo conforme Meihy e Holanda (2007),

um conjunto de procedimentos que se inicia com a elaboração de um projeto e que continua com o estabelecimento de um grupo de pessoas a serem entrevistadas. O projeto prevê: planejamento da condução das gravações com definição de locais, tempo de duração e demais fatores ambientais; transcrição e estabelecimento de textos; conferência do produto escrito; autorização para o uso; arquivamento e, sempre que possível, a publicação dos resultados que devem, em primeiro lugar, voltar ao grupo que gerou as entrevistas (p. 15).

Constituindo-se numa interpelação essencialmente aberta do sujeito da pesquisa, visto que, a partir do tema proposto, permite que esse tenha liberdade de tecer a sua narrativa da maneira que mais lhe convier, a entrevista de História Oral de Vida pode ser considerada como uma entrevista não-diretiva, como costumam definir sociólogos e antropólogos que se utilizam desse recurso de pesquisa qualitativa (MEIHY; HOLANDA, 2007). Ela se estrutura a partir de alguns fundamentos elementares, tais como a explicitação do tema e dos objetivos da pesquisa para o entrevistado, e a presença de poucas perguntas de corte, não carecendo de nenhum tipo de roteiro determinado, nem tampouco de uma lista de perguntas a serem necessariamente respondidas.

Na abordagem da História Oral de Vida, portanto, a construção da narrativa do entrevistado orienta-se pela dinâmica própria da sua memória, que trabalha para dar inteligibilidade à experiência e para ressignificar o vivido, construindo sentidos na relação que se estabelece entre a experiência passada, a experiência presente, a projeção de futuro (desejo), e a subjetividade do ouvinte e do narrador.

Nessa perspectiva, conforme referem Silva e Barros (2010), o relato de uma trajetória singular é organizado segundo uma lógica subjetiva que seleciona e articula elementos nem sempre correspondentes ao fato concreto, objetivo e material. Não há busca por uma verdade absoluta, por um itinerário coeso, mas o registro de uma versão particular de sentimentos e acontecimentos históricos narrados, os quais serão expressos em um relato entremeado por silêncios, esquecimentos, reiteraões e linguagem não verbal. Como ressalta Benjamin (1993), “articular historicamente o passado não significa conhecê-lo como ele foi de fato. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo”.

Conforme afirma Benedetto, Vieira e Gallian (2014), a vasta experiência com a abordagem da História Oral de Vida em outros projetos de pesquisa demonstrou a eficácia desta metodologia como um recurso que abre vastos horizontes de análise e interpretação no campo do simbólico, do subjetivo e do experiencial, tendo chamado a atenção de pesquisadores que se dedicam aos estudos qualitativos, não apenas no campo das Ciências Humanas, mas também na área da Saúde.

Por fim, cabe insistir na dimensão ética e humanizadora deste tipo de abordagem. Fundamentada na ideia da devolução e do processo colaborativo, a História Oral de Vida exige a participação do entrevistado em todas as fases da pesquisa, sendo ele, em última análise, um dos grandes destinatários do trabalho de pesquisa. Conforme referem Benedetto, Vieira e Gallian (2014), ao abrir esse espaço de escuta, a História Oral gera a oportunidade de o sujeito reavaliar e ressignificar sua trajetória através do trabalho construtivo da memória, tornando-se, ao participar do processo de transcrição, edição e divulgação de sua própria história de vida, de certa forma, também o seu artífice.

Em História Oral de Vida adota-se, portanto, o termo colaborador para designar o entrevistado, o qual deixa de ser considerado um objeto de conhecimento

para conduzir conjuntamente com o pesquisador o registro da sua história. Estabelece-se, dessa forma, o compromisso ético da colaboração, ou seja, a ação de trabalhar em conjunto durante todo o processo da pesquisa no que tange ao uso das entrevistas (MEIHY; HOLANDA, 2007).

### **3.1.1 Definição dos colaboradores**

Para a definição dos colaboradores coube identificar inicialmente, como é próprio da metodologia da História Oral de Vida, a Comunidade de Destino a que pertenciam, sendo essa compreendida como uma “reunião de pessoas com algumas características afins” (MEIHY, 2007).

Nesse estudo a Comunidade de Destino foi caracterizada por trabalhadores de instituições públicas de saúde localizadas no Município de São Paulo.

A fim de restringir e viabilizar a realização das entrevistas, fez-se também uma subdivisão da Comunidade de Destino, denominada Colônia, compreendida como uma fração representativa, ainda que numericamente inferior à comunidade de destino (MEIHY; HOLANDA, 2007). Nesse caso, a Colônia foi identificada como sendo constituída por trabalhadores de um hospital público localizado no Município de São Paulo, diretamente ligados à assistência.

Definimos como critério, para que um componente da Colônia pudesse se tornar colaborador nessa pesquisa, que fosse um profissional reconhecido, tanto pelos pacientes que recebem os seus cuidados, quanto pelos demais trabalhadores, como alguém que se ocupasse de fazer bem feito o seu trabalho, empenhando-se para que tivesse qualidades técnicas; que demonstrasse envolvimento e dedicação à sua prática e que se revelasse atento ao outro e com disponibilidade para escutar as suas necessidades.

A Rede, por sua vez, é uma subdivisão da Colônia que permite identificar segmentos ainda mais restritos, que possuam feições singulares (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Para a sua definição, foram estabelecidos três grupos assim constituídos:



- a) Quatro profissionais médicos, sendo dois com cinco anos ou mais de trabalho em saúde pública, nesta ou em outra instituição localizada no Município de São Paulo, e dois com dois anos ou menos;
- b) Quatro assistentes sociais, sendo dois com cinco anos ou mais de trabalho em saúde pública, nesta ou em outra instituição localizada no Município de São Paulo, e dois com dois anos ou menos;
- c) Quatro enfermeiros, sendo dois com cinco anos ou mais de trabalho em saúde pública, nesta ou em outra instituição localizada no Município de São Paulo, e dois com dois anos ou menos.

A primeira profissional convidada para participar das entrevistas foi Marta, assistente social, coordenadora da equipe de Serviço Social, que atua também na assistência. A minha escolha se deu por um conhecimento prévio que eu tinha do seu trabalho, que atendia aos critérios referidos para a escolha dos colaboradores.

O processo de escolha das outras assistentes sociais se deu a partir da entrevista realizada com Marta. Cabe ressaltar que ela fez referência a todas as colegas como profissionais que atendiam às condições para participar da Pesquisa, sendo que eu escolhi as três outras colaboradoras por já conhecê-las anteriormente, e saber que, assim como Marta, atendiam aos critérios previamente definidos.

Quanto às profissionais de enfermagem, eu escolhera inicialmente uma enfermeira, cujo trabalho eu conhecia, e que havia sido mencionada na entrevista com uma das assistentes sociais. Recorri ainda à secretária da Diretoria de Enfermagem para que ela fizesse as demais indicações, sendo que uma dessas indicações havia sido reafirmada na entrevista com a enfermeira referida acima.

Essa senhora, secretária da Diretoria de Enfermagem, havia participado de alguns projetos que eu desenvolvera e eu a considerava sensível e perspicaz, além do que, na sua Unidade, era uma pessoa que se relacionava bem estreitamente com todo o pessoal da enfermagem. Tanto resolvia com a equipe questões de ordem prática, como escalas, folgas, quanto era uma sensível “escutadora de histórias”, tendo a sua sala constantemente ocupada pelos profissionais que compartilhavam com ela as suas experiências.

Quanto aos profissionais médicos, eu igualmente tinha conhecimento do trabalho de um desses profissionais, e desde o início pretendia convidá-lo. Para escolher os demais procurei por uma médica, que atuava nessa instituição há muitos anos, a quem tinha como referência quando pensava em um trabalho de qualidade, tanto na dimensão técnica, quanto relacional. Ela fez a indicação de dois profissionais e reafirmou a escolha que eu havia feito do primeiro colaborador. O quarto profissional foi indicado por uma das colaboradoras da área médica durante a sua entrevista. Alguns desses profissionais médicos foram igualmente mencionados nas entrevistas com as enfermeiras.

Os colaboradores ficaram, por fim, assim definidos (Quadro 1):

**Quadro 1. Colaboradores**

| <b>Colaborador</b> | <b>Idade</b> | <b>Tempo de trabalho</b>   | <b>Profissão</b>  |
|--------------------|--------------|--|-------------------|
| Maria              | 33           | 2 anos de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista          | Assistente Social |
| Dora               | 50           | 2 anos de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista          | Assistente Social |
| Marta              | 58           | 32 anos, sendo 17 anos no Hospital em que concedeu a entrevista      | Assistente Social |
| Letícia            | 65           | 5 anos de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista          | Assistente Social |
| Valentina          | 26           | 1 ano e 9 meses de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista | Enfermeira        |
| Luiza              | 67           | 29 anos, sendo 25 anos no Hospital em que concedeu a entrevista      | Enfermeira        |
| Manuela            | 41           | 1 ano e 6 meses de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista | Enfermeira        |
| Helena             | 63           | 35 anos, sendo 18 no Hospital em que concedeu a entrevista           | Enfermeira        |
| Clara              | 30           | 2 anos de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista          | Médica            |
| Bárbara            | 60           | 30 anos, sendo 28 anos no Hospital em que concedeu a entrevista      | Médica            |
| Pedro              | 58           | 28 anos, sendo 26 no Hospital em que concedeu a entrevista           | Médico            |
| Lucas              | 33           | 2 anos de trabalho no Hospital em que concedeu a entrevista          | Médico            |

Cabe ressaltar que, a fim de preservar a identidade dos autores, todos os nomes que constam nas entrevistas e narrativas são fictícios.

### 3.1.2 Estruturação da abordagem e obtenção dos dados

As entrevistas foram divididas em três etapas: a pré-entrevista, a entrevista em si e a pós-entrevista.

A pré-entrevista consistiu na fase de preparação para o encontro em que seria realizada a gravação. Nessa oportunidade, os colaboradores foram informados sobre os seguintes aspectos: os objetivos do trabalho e a relevância da sua participação; a garantia de que a sua identidade permaneceria anônima; a forma como se daria a gravação do seu relato e a não utilização do conteúdo sem a sua autorização prévia.

Na ocasião foram agendados data, horário e local da entrevista, escolhidos de acordo com a disponibilidade e a preferência dos colaboradores, sendo que todos optaram por uma sala disponível na própria instituição.

Na entrevista, esses foram orientados a relatar livremente a sua história de vida, tendo sido realizada a gravação da narrativa.

Ao pesquisador/entrevistador, foram permitidas intervenções para esclarecimento de questões ou para estimular um fluxo narrativo contínuo, sendo utilizadas as seguintes perguntas de corte, de modo a alcançar de forma mais eficaz os objetivos deste trabalho:

- a) Como se deu a sua escolha pela profissão em que atua?
- b) O que você considera que sustenta a sua dedicação e o seu envolvimento com o trabalho que realiza?
- c) O que, ao longo da sua trajetória profissional, tem lhe causado insatisfação e sofrimento?
- d) Você se recorda de algum atendimento prestado ou da relação com algum paciente que tenha lhe tocado especialmente?

De posse dos registros obtidos por ocasião da entrevista, a abordagem prosseguiu através das seguintes etapas:

- a) Transcrição: momento em que as entrevistas, que foram gravadas digitalmente por meio de aparelho eletrônico, foram transcritas integralmente.
- b) Textualização: processo intermediário entre a transcrição e a transcrição, em que foram eliminadas as perguntas, corrigidos os erros gramaticais e o texto foi transformado em um relato em primeira pessoa.
- c) Transcrição: momento metodológico mais importante em História Oral de Vida, “a transcrição nos aproxima do sentido e da intenção original que o colaborador quer comunicar” (MEIHY; HOLANDA, 2007). Na transcrição, a entrevista passou a ser definitivamente somente a fala do colaborador, transformando-se em uma narrativa pessoal. Como o objetivo principal da transcrição é garantir o verdadeiro sentido das falas, que muitas vezes se perde na transposição da linguagem oral para a escrita, procurou-se nesse momento resgatar a intenção original dos discursos, utilizando-se, quando necessário, de recursos da linguagem escrita para dar sentido a entonações, emoções e gestos perdidos pelas transcrições, mas registrados no caderno de campo e na memória do pesquisador.
- d) Conferência e aprovação do texto final: após a redação do texto transcrito, os documentos foram apresentados aos colaboradores para serem conferidos e aprovados, e esses tiveram completa autonomia para alterar ou sugerir mudanças em relação às informações que não desejavam expor ou que não estavam coerentes com as suas intenções.
- e) Devolução: após as devidas correções, o colaborador recebeu novamente o texto, e tendo sido feitas as conferências, assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), elaborado de acordo com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) (Anexo 2).

No que se refere à infraestrutura requerida, foi utilizado um gravador, por ocasião das entrevistas, de propriedade do pesquisador, e tivemos acesso a um espaço físico adequado, que garantia privacidade, para a realização dos encontros com os colaboradores.

Cabe ainda ressaltar que desde os momentos iniciais das entrevistas, até a finalização do Projeto, foram feitas anotações em um Caderno de Campo, as quais se revelaram fundamentais tanto para a definição do encaminhamento dado ao Projeto, quanto posteriormente para a interpretação e compreensão das narrativas.

Nesse Caderno foram registradas observações do andamento do projeto e das entrevistas específicas, assim como, impressões, questionamentos, inquietações e reflexões teóricas que permearam o processo de construção desse estudo.

Parte desses registros aparece no Capítulo Resultados dessa dissertação, de forma geral transformados em pequenos parágrafos, que antecederam as narrativas dos colaboradores.

Outras anotações foram incorporadas à discussão dos temas (Capítulo Discussão) que emergiram no processo de compreensão e interpretação das narrativas.

### **3.2 Imersão/Cristalização**

De acordo com o que foi estabelecido *a priori* no Projeto de Pesquisa que fundamentou essa Dissertação, as narrativas produzidas pelos colaboradores foram interpretadas utilizando-se uma técnica denominada Imersão/Cristalização.

A Imersão/Cristalização representa, conforme Borkan (1999), um estilo de organização e análise de um material narrativo muito estimulante do ponto de vista emocional e intelectual, que apresenta um potencial altamente aplicável no campo das pesquisas que utilizam metodologias qualitativas, sendo congruente com outras técnicas analíticas na área das Ciências Sociais e Humanas.

O processo básico da Imersão/Cristalização consiste em ler, reler e imergir profundamente nos textos, até que emergjam significados, que serão cristalizados nos temas norteadores das interpretações (BORKAN, 1999). Conforme o autor, a imersão profunda nas narrativas implica em vivenciar as experiências descritas, de forma a ser conduzido à percepção de padrões e conexões, processo que, ao

envolver a intuição e a criatividade do pesquisador, aproxima-se mais de uma experiência artística, que científica.

Representa, portanto, um estilo de organização e análise que engaja profundamente o pesquisador, tanto ao nível cognitivo quanto emocional, exigindo disponibilidade para que se mantenha aberto ao desconhecido e à incerteza, de modo que a sua experiência possa servir como o fio condutor, que organiza os temas cristalizados, dando-lhes sentidos e significados que irão além das interpretações óbvias (BORKAN, 1999).

A Imersão/Cristalização está presente, portanto, durante todo o percurso da pesquisa, desde a sua concepção, passando pela realização das entrevistas, a escrita, e finalmente a análise das narrativas, revelando-se como um processo cíclico, não linear, no qual o pesquisador imerge e emerge, cristalizando temas e identificando significados, em um diálogo constante entre a sua experiência e os textos produzidos ao longo do processo.

É importante considerar, conforme ressalta Borkan (1999), que diferentemente do que acontece nas pesquisas quantitativas, deve-se levar em conta a ocorrência de vieses, os quais, nesse contexto, não são necessários abolir. Esses devem sim ser reconhecidos, reportados e armazenados como parte dos dados que serão utilizados para análise, sendo exigidos do pesquisador honestidade intelectual, rigor e reflexibilidade, ou seja, autoconhecimento e profunda reflexão para que possa identificar suas próprias influências nos achados e interpretações.

Cabe ressaltar ainda, a estreita afinidade que a técnica de Imersão/Cristalização mantém com a Fenomenologia Hermenêutica, metodologia que permite a interpretação de fenômenos conforme aparecem em um texto ou palavra escrita, desenvolvida graças à combinação de dois campos de conhecimento – Fenomenologia e Hermenêutica –, e que representa a base da técnica de interpretação que utilizamos nesse estudo.

A Fenomenologia, cujos princípios remetem-se ao pensamento de Edmund Husserl (1859-1938), constitui um método de investigação filosófica cujo objetivo primário é a observação e descrição direta de um fenômeno, ou seja, daquilo que se manifesta e se apresenta à consciência. Seu surgimento foi decorrente dos anseios

de pensadores e pesquisadores que consideravam o método científico vigente à época insuficiente para o estudo da experiência humana, considerando que esse a reduzia a um limitado número de conceitos.

Segundo Struchiner (2007), foi rompendo com o positivismo e com a supervalorização do mundo objetivo e científico, mas sem invalidar ou menosprezar o conhecimento produzido e os avanços tecnológicos, que Husserl afirmou que a neutralidade do mundo da ciência deixava de fora questões humanas fundamentais como valores, ética, cultura e sentido da existência.

Na contramão do cientificismo, portanto, a Fenomenologia surgiu como um caminho para reaprender a ver o mundo, resgatando a noção de que o “mundo-da-vida”<sup>20</sup> vem em primeiro lugar, ou seja, de que para “voltar às coisas mesmas”<sup>21</sup> é necessário desenvolver uma atitude e um olhar despojado da convicção de que tudo é passível de ser explicado pela ciência, como se houvesse sempre uma verdade última sobre as coisas, que não é dada pela experiência (STRUCHINER, 2007).

O método fenomenológico não questiona a veracidade dos conteúdos, mas eles são tomados enquanto puramente dados, o que presume uma suspensão do juízo de modo a possibilitar a descrição da experiência sem incorporar nenhuma pressuposição sobre o seu significado (STRUCHINER, 2007).

Nesse sentido, a redução fenomenológica, ou *epoché*, dimensão fundamental do método fenomenológico, propõe que operemos uma mudança radical de comportamento a fim de colocarmos “entre parênteses” a atitude natural com a qual nos relacionamos com as coisas do mundo, suspendendo, momentaneamente, preconceitos, teorias e definições que utilizamos para conferir-lhes sentido, de modo que possamos apreendê-las na consciência em sua pura significação (BONFIM, 2010).

---

<sup>20</sup> O “mundo-da-vida” é o terreno a partir do qual as abstrações da ciência derivam. É o campo da própria intuição, ou ainda o reino de evidências originárias, para o qual o cientista deveria se voltar para verificar a validade de suas idealizações, de suas teorias, posto que a ciência interpreta e explica o que é dado imediatamente no “mundo-da-vida” (STRUCHINER, 2007).

<sup>21</sup> “Voltar às coisas mesmas” significa apreender o fenômeno no momento em que ele acontece, suspendendo os conceitos, e sem teorias intermediando essa experiência (BONFIM, 2010).

No que se refere à Hermenêutica, temos em Hans-Georg Gadamer (1900-2002), filósofo profundamente influenciado pelo pensamento de Martin Heidegger (1889–1976), um dos seus maiores expoentes. Sua obra de maior impacto foi *Verdade e Método*, de 1960, onde elabora uma filosofia propriamente hermenêutica, que trata da natureza do fenômeno da compreensão.

Conforme refere Schmidt (2012), para Gadamer, aquele que quer compreender, fazer uma interpretação correta, tem que proteger-se da arbitrariedade de intuições repentinas e da estreiteza dos hábitos de pensar imperceptíveis, voltando o seu olhar para “as coisas elas mesmas”<sup>22</sup>. Não pode, portanto, entregar-se de antemão ao arbítrio de suas opiniões prévias, embora, ao mesmo tempo, deva apropriar-se dos seus preconceitos<sup>23</sup>, estando disposto a deixar que esses lhe digam algo, a fim de que o texto possa se apresentar em sua alteridade.

Desse modo, considerando-se que a interpretação nunca é a apreensão de um dado preliminar isenta de pressuposições, é tarefa do intérprete deixar o texto falar por si, sem impor a sua pré-compreensão, mas confrontando-as criticamente com o texto (SCHMIDT, 2012).

Estabelece-se, assim, um diálogo entre o intérprete e o texto, no qual o intérprete participa “ouvindo” o que o texto tem para dizer, permitindo que apresente as suas reivindicações e questione os seus preconceitos, como se fosse outra pessoa em diálogo consigo. A relação entre o intérprete e o texto, que se realiza nesses termos, é compreendida por Gadamer como uma relação Eu-Tu apropriada, na qual o Eu reconhece o outro como legítimo, escuta as suas reivindicações, e permite que elas valham (BONFIM, 2010).

A compreensão acontece, portanto, dentro do círculo hermenêutico. Ao interpretar o texto, o intérprete se move de um significado projetado do todo para as partes, e dessas retorna novamente ao todo. Conforme Schmidt (2012), Gadamer

---

<sup>22</sup> Voltar o olhar para “as coisas elas mesmas” significa, conforme refere Edmund Husserl, voltar a uma descrição pura das coisas, como elas apresentam-se à consciência: “deixar o que se mostra ser visto a partir de si mesmo, no momento em que ele se mostra a partir de si mesmo”. A coisa como fenômeno da consciência é o que importa: “Para às coisas em si!” (BONFIM, 2010).

<sup>23</sup> Para designar essas estruturas prévias de compreensão, entendidas como tudo o que sabemos consciente ou inconscientemente (o significado das palavras, nossas preferências, os fatos que aceitamos, nossos valores, entre outros), Gadamer emprega a palavra “preconceitos”, considerando que esse, assim como um pré-juízo, não é positivo nem negativo até termos o juízo definitivo (SCHMIDT, 2012).



faz ver, tendo como base Heidegger, que “o círculo tem um sentido ontologicamente positivo na compreensão, pois ele possibilita ao intérprete elaborar um projeto sobre o que vai interpretar, que será constantemente renovado para que haja avanço na penetração do sentido”.

Esse movimento evidencia que a compreensão não é um procedimento mecânico e tecnicamente fechado: nada do que se interpreta pode ser entendido de uma vez só e de uma vez por todas. A proposta é manter um constante interpretar, até que os conceitos prévios, ao longo do processo, sejam substituídos por outros mais adequados.

Segundo Bonfim (2010), ao contrário do que parece a princípio, Gadamer “não propõe um método para se alcançar a verdade, pelo contrário, entende que a busca de uma verdade universalmente válida ameaça cobrir a realidade da compreensão, direcionando-a para um ideal de conhecimento que jamais se concretiza” (p. 78).

Seu objetivo é antes compreender o próprio fenômeno na sua concreção singular e histórica. Por mais que a experiência geral possa operar aqui, o objetivo não é confirmar nem ampliar essas experiências gerais, para se chegar ao conhecimento de uma lei – por exemplo como se desenvolvem os homens, os povos, os estados –, mas compreender como esse homem, esse povo, esse estado é o que veio a ser (BONFIM, 2010).



Esta pesquisa foi realizada em um hospital geral da rede pública na região periférica do Município de São Paulo, onde o Serviço de Urgência/Emergência – “porta aberta” – funciona 24 horas, sendo atendidas as seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Ortopedia, Pediatria, Obstetrícia e Psiquiatria.

Com capacidade reduzida para atender à demanda crescente da região em que está situado, caracteriza-se por uma escassez de recursos tanto no que se refere à disponibilidade de leitos e aos equipamentos para apoio diagnóstico e terapêutico, quanto ao quadro de pessoal, significativamente limitado.

A insuficiência de recursos próprios associa-se à limitação dos mecanismos de gestão integrada da Rede, e ao funcionamento deficitário de outros equipamentos públicos articulados à Saúde, o que resulta em filas e aglomerações diárias, aparentemente irredutíveis na sua porta de entrada, caracterizando uma demanda que “transborda”, ultrapassando a capacidade de atendimento não apenas do Hospital, mas da rede de atenção à saúde como um todo.

O que foi possível perceber, na situação específica dessa Unidade, é o esforço contínuo empreendido pela gestão e parte dos trabalhadores, no sentido de darem conta dessa demanda por atendimento. Para tal, foram definidas estratégias como o Acolhimento com Classificação de Risco, implantada na porta de entrada do Hospital, sendo que, fica bastante evidente, ao participar desse cotidiano de trabalho, a sobrecarga, o sentimento de impotência e a tensão que vivenciam nesse processo.

Em fevereiro de 2016, após a aprovação da Diretoria, convidei alguns trabalhadores desse Hospital para serem colaboradores nessa pesquisa e iniciei a realização das entrevistas, assegurando o anonimato da Instituição. Embora eu já conhecesse alguns desses profissionais, vivenciava a expectativa de saber se esses encontros seriam possíveis, e de como se dariam. Questionava-me se conseguiria encontrar profissionais disponíveis para abrir uma brecha no seu cotidiano de trabalho para contar as suas histórias.

Conheço o dia a dia de uma unidade de saúde. Ritmo acelerado, tempo curto, acúmulo de tarefas, o imprevisível atravessando a rotina, o cansaço e certa falta de esperança que muitas vezes emudece. Seria possível, nesse cotidiano, abrir espaço

para a palavra? Subverter o tempo comprometido com o trabalho – tempo de produção, tempo útil – inaugurando outro tempo – tempo das narrativas?

Os trabalhadores convidados, no entanto, aceitaram prontamente participar das entrevistas, mostrando-se curiosos, interessados e satisfeitos por terem sido reconhecidos pelo seu trabalho, já que o critério para a escolha dos colaboradores era que fossem considerados, tanto pelos pacientes quanto pelos demais trabalhadores, profissionais que fazem bem feito o seu trabalho, demonstrando dedicação à sua prática e atenção ao outro.

A exceção foi uma enfermeira, que apesar de ter, a princípio, aceitado o convite, desmarcou diversas vezes o horário agendado para a entrevista, afirmando, por fim, “não ter tempo para conversar, porque era muito ocupada”.

No decorrer das entrevistas, alguns colaboradores, embora tenham falado abertamente das suas experiências, mostraram-se cautelosos ao referirem-se às dificuldades no seu cotidiano de trabalho na Instituição. Outros expuseram com bastante clareza as precariedades com as quais convivem, mantendo o que havia sido narrado no momento da aprovação do texto, sendo que, algumas alterações foram propostas, no sentido de não deixar evidente que se referiam a essa Unidade de Saúde específica.

Apenas dois colaboradores pediram que fossem efetivamente retirados pequenos trechos das narrativas e, em ambas as situações, esses relatos referiam-se a providências que tomaram no sentido de prestarem um atendimento efetivo, contrariando normas institucionais.

Cabe destacar ainda que muitos colaboradores trabalham, ou já trabalharam, em outros Hospitais, sendo a sua experiência nessas instituições foram consideradas na discussão dos temas que emergiram das narrativas.

#### **4.1 A história de Marta**

O meu primeiro encontro, ao dar início às entrevistas, foi com Marta, assistente social, que trabalha há 17 anos nessa instituição hospitalar. Em outras

situações já havia percebido a sua movimentação por esse Hospital, impossível de ser ignorada. Falava muito, falava alto, e mantinha um entusiasmo transbordante pelo trabalho que fazia. Corajosa, indignava-se, posicionava-se firmemente, enfrentando as situações com vigor, sem meias palavras para falar o que pensava. Certamente envolvia-se em polêmicas... Nesse encontro, apresentei-lhe o Projeto e Marta me disse que se sentia “honrada” por ter sido procurada. Queria “contribuir”.

Após alguns contratempos, encontramos-nos para a realização da entrevista. Percebi que Marta, apaixonada pelo que faz, envolveu-se imediatamente na narrativa de sua história, fazendo presentes as suas lembranças, revivendo-as. Acompanhá-la nessa trajetória foi uma experiência rica em surpresas e emoções, que me contagiou com ânimo e esperança.

Na situação da entrevista, embora dissesse a princípio que ainda precisava terminar um trabalho e que estaria disponível por apenas uma hora, não teve pressa, esqueceu-se do tempo, sendo lembrada pela secretária do seu setor, que veio chamá-la: “Nossa! Mas já... Ainda tenho muito o que falar!”

Marcamos então outro encontro e depois disso, quando nos reunimos para fazer a aprovação do texto, Marta disse que trabalhou “por prazer!” Que se envolvia, trabalhava nos finais de semana, fazia o que não era da sua função. O que sempre valorizou foi dar lugar de participação para as pessoas. “Isso é saúde! Que as pessoas possam ter voz!”

Marta falou que foi importante a entrevista, porque ia se aposentar e descobriu, contando a sua história, que fez muita coisa, e que “dá mesmo para parar!” Não fez, nessa ocasião, nenhuma alteração no texto transcrito. Eu a revi ainda no Hospital, quando voltei para entrevistar outra assistente social. Disse-me que falou pouco do que fez. Acrescentou que era muito “briguenta”, mas a verdade é que nunca quis “amarrar o burro na sombra”. Poderia ter ficado no primeiro hospital em que trabalhou. Era confortável... Mas ela nunca se acomodou.

Três meses depois de realizada a entrevista, Marta aposentou-se. Foram 32 anos de trabalho em saúde pública. Em sua festa de despedida da Unidade, para a qual fui convidada, uma das suas colegas fez um cordel em sua homenagem, transcrito no Anexo 3.

#### 4.1.1 É preciso rodar o prato a vida inteira

Venho de uma família de 3 irmãos em que sou a única filha mulher! A maioria das tias, pelo lado materno, também tiveram filhos homens. Então, eu fui, durante 17 anos, a única filha, única irmã e única menina na família. Minha mãe tinha feito promessa a uma santa para ter uma filha mulher. Ela já tinha dois filhos homens, e queria uma mulher.

Essa santa é um anjo do Senhor. Não foi canonizada, mas tem muitos devotos.

Fui muito paparicada.

Os meus pais são nordestinos. São de Garanhuns, perto de Recife.

Meu pai era mecânico – encarregado de manutenção – e minha mãe trabalhava em casa: do lar. Ela fazia alguns biquinhos escondidos do meu pai, como bordar, para ajudar na manutenção da casa. Ela sempre administrou o dinheiro. O meu pai sempre trabalhou. Trabalhava dia, noite, e nos finais de semana.

Eu nasci em São Paulo.

Estudei da primeira série do ginásio até o terceiro colegial no Colégio Zuleika de Barros, na Avenida Pompéia. Os colégios estaduais eram os melhores e para estudar lá tinha Vestibulinho. Eu entrei. Neste ano em que entrei foi considerado o melhor colégio do Estado de São Paulo. Fui muito feliz ali! Sempre gostei! O meu pai trabalhava também na Pompéia, então eu ia com ele, ficava por lá, e depois voltava no final da tarde.

Gostava muito da escola. Todos estudaram lá. Tenho um irmão médico e um engenheiro.

Comecei também na ocasião a frequentar o Palmeiras, onde fazia esportes. Depois apareceu o SESC. E a minha vida social e de estudante foi ali na Pompéia.

O meu pai sempre trabalhando muito...

Ele é pernambucano e achava que mulher não precisava estudar. Quando comecei a estudar ele pensava que até a 8ª série já estava bom para mim. Mas não.

Pensava que os homens podiam tudo e a mulher devia ficar dentro de casa. Minha mãe não concordava! Ela batalhou pra caramba!

O pai ia me levar, buscar, “fiscalizar”... Ele trabalhava próximo ao colégio. Quando decidi que ia fazer faculdade ele ficou meio assim... “O que você vai fazer?” Eu tinha uma amiga – Rosa – que eu admirava muito e ela era assistente social da Santa Casa. Era amiga, amiga mesmo. A Rosa dava a maior força! Quando ela me falou que ia fazer Serviço Social eu perguntei: – O que é isto?

No segundo colegial fui fazer uma pesquisa sobre as profissões e também fiz um teste de aptidão. Nesse teste, deu Psicologia e Serviço Social. Pensei também em Terapia Ocupacional... Na pesquisa que fiz, olhando qual era o histórico escolar, vi que em Psicologia tinha anatomia, e daí eu não quis. Nem pensar! Serviço Social me encantou. História me encantou, Sociologia, Filosofia... Dava uma visão do todo de uma sociedade.

Meu irmão já estava envolvido em movimentos populares. Um deles era da UNE. Então, tinha esse aspecto político. Filosofia, Direito, Psicologia Social. Tinha casos, grupos, comunidade. Pensei: – Eu já sei o que vou fazer!

Neste período, eu fui um dia tirar carteira de trabalho. Quando eu cheguei na Secretaria de Assistência Social, quem estava organizando esse atendimento era a assistente social. Eu falei: – Olha que legal! Elas faziam um trabalho educativo com os adolescentes.

Eu saí então do 3º colegial e fui prestar vestibular. Prestei para três faculdades: FMU, Paulista de Serviço Social e PUC. A PUC eu não queria. Eu jogava basquete e *randboll* pelo Zuleika no Palmeiras e não gostava do pessoal da PUC.

Na Paulista era à noite e o pai desconjurou! Eu passei também na FMU e como era durante o dia fui prá lá. O pai já ficou mais tranquilo...

Nessa mesma época o meu irmão trabalhava no Banco Econômico. Ele me colocou em contato com o banco, pois lá eles davam curso de digitação e depois aproveitavam a mão de obra treinada. Eu fiz o curso durante um período. Ficava o dia inteiro fazendo curso, tanto em máquinas manuais como no CPD. Daí teve uma

seleção. O pai achava que eu não ia passar e a mãe rezava. Eu passei! Dormia em pé... Estudava de manhã e à tarde, e à noite fazia o curso.

Quando comecei a trabalhar o que eu ganhava era metade do salário do pai. Ele ficou incomodado. Agora eu podia pagar a faculdade! O pai não queria nada desse dinheiro. Todo o dinheiro era meu. Isto tudo faz parte da educação.

Durante 6 anos, pela manhã eu ia para a faculdade, depois para o banco. Quando foi no terceiro ano tive que começar o estágio prático e eu não tinha como fazer. Então a “Santa Rosa” falou que faria supervisão de estágio para mim. Ela ia entrar numa instituição chamada Sopro 10, dentro de uma favela, dando supervisão para um grupo de pessoas, e me incluiu. Ela era super-rígida!

Nessa época, eu fui também conhecer o trabalho na Santa Casa. O que chamou minha atenção foi mais o acolhimento e as orientações que o assistente social dava ao grupo de mães na Pediatria. Gostei disto: da atenção. Via a fragilidade das pessoas... O quanto você não é nada em uma situação de estresse que pode acontecer a qualquer momento... O quanto podemos ajudar... Mesmo com pouca orientação, com o pouco que fazemos. Ela falava: - Não importa se não salvo os dez, mas se salvar um, estou satisfeita. Vi o quanto tudo melhorava, mesmo sendo pouca a orientação! O que eu vi parecia tão pouco, mas a forma de fazer era diferente. A forma de ela fazer... O que tinha ali? Me intrigava! O jeito...

No estágio eu ficava aos sábados, domingos e feriados, das 8 às 17 horas, dentro da comunidade. Tínhamos uma hora de almoço trabalhando o dia inteiro. Lá fazíamos um trabalho que eu gostei. Era uma comunidade muito carente, em cima de um córrego, que nessa época estava sendo asfaltada, indo morar lá uma população carente, violenta. Começamos a fazer um trabalho com criança e saúde. Aí, eu já gostei do trabalho na saúde! O trabalho dava resultados em termos da agressividade das crianças. Diminuí a rejeição delas para com a gente, com a nossa entrada dentro da comunidade: – O que vocês estão fazendo aqui? Estranhos, né?! Uma realidade inversa a tudo que imaginei na vida. O dono da favela não admitia droga. Eram usuários, mas não traficavam lá dentro. Esse senhor protegeu todo o grupo e dava muita força para que a “Sopro 10” ficasse lá para desenvolver um trabalho de promoção da saúde. Foi muito interessante! Outro lado da vida que eu não conhecia! Foi uma escola viver aquela experiência. A Rosa



pegava duro: enquanto não tivesse uma coisa decente ela falava “pô”! Ela orientava. Ela vinha com a vivência da Santa Casa.

Dois anos e meio fiquei lá... Não sabia o que era sábado, domingo, dia santo, nada. Era só trabalhar e estudar. Eu fiquei na favela além do período que precisava para completar o estágio. Não era simplesmente falar que acabaram as horas de estágio, e pronto, vou embora. Não! E a responsabilidade que tínhamos com todas aquelas pessoas, os grupos que trabalhávamos?! As pessoas com quem a gente se vinculou?! Fazíamos um trabalho de organização popular, então tínhamos relação com lideranças da região. Tínhamos vínculo com a igreja, onde montamos uma farmácia. Fazíamos orientação com palestras, brincadeiras, dinâmicas de grupo. Eu gostei muito! O meu olhar com relação ao trabalho começou aí. Você sabe que todo trabalho é duro, às vezes, né?

Começou, então, a aparecer a questão político-partidária. Obviamente, nesta época, eu tive como mestre os melhores professores que eu podia imaginar. Que tinham história política! Eu me vinculei com alguns deles. Nessas aulas não faltava ninguém! Você não tinha vontade! Todos os congressos de Serviço Social sem esses professores não era congresso. Tive aula com pessoas que se sobressaíam na área. A Maria Lúcia Martinelli... Outro dia quase chorei quando a encontrei. Disse: - Essa carinha não esqueço. Ela ainda dá aula, eu fui assistir e fiquei emocionada, porque parecia que era ontem. As discussões com eles eram da atualidade: o que estava acontecendo naquele momento. Fui participar nos movimentos de favela com o padre Lancelotti. Participei dos movimentos das favelas no Largo São Bento.

Alguns desses professores seguiram carreira política. Daí eu ligava e não conseguia mais falar. Foi uma decepção. Jamais acreditaria que isso acontecesse. As festas de comemoração quando eram eleitos era só para a elite do partido. Comecei a perceber algumas coisas...

Sempre fui simpatizante do PCB. Meu irmão era líder da UNE. Conheci muitos movimentos. Meu irmão foi perseguido na época da ditadura militar. Só não foi preso porque tínhamos um tio que trabalhava na Marinha, que viu uma lista com o nome do meu irmão, nos avisou, e ele conseguiu fugir. Outros foram presos. Meu pai quase morreu! Sofreu muito!

Nessa época eu saía com meu irmão e íamos para as festas da USP. Os homens podiam tudo, as mulheres nada! Ele fazia engenharia química na Oswaldo Cruz. Eu já tinha simpatia... Tínhamos toda uma ideologia que poderíamos arrumar o mundo, que ninguém sabia nada, só a gente sabia. Com o passar do tempo a gente cai na real. Meu irmão demorou 10 anos para sair da faculdade. Mas ele sempre lutou.

Quando eu saí da faculdade eu já não suportava mais o Banco. Não suportava digitação. E eu ganhava bem! Enquanto uma assistente social, por exemplo, ganhava 100 reais, eu podia ganhar mil com CPD, dependendo do que eu produzia. Para você ter uma ideia, eu comprei um carro com 3 anos de uso com o meu salário, 13º salário, o 14º, férias e hora extra. Um carro à vista! Eu ganhava bem! Mas eu queria trabalhar como assistente social.

Fui fazer seleção no Banco Econômico mesmo. Não era para eu trabalhar lá, mas para esperar vaga. Daí conheci o trabalho do assistente social dentro do banco e era muito ruim, pois cuidava desta parte de benefícios, licenças, INSS. Tudo muito burocrático: de novo eu e a máquina. Falei: – Não gostei! Comecei a procurar emprego.

Fui fazer uma seleção na Refinação de Milhos Brasil e depois fui trabalhar dois dias no Café Açúcar União. Quando cheguei lá era a mesma coisa: para fazer convênios. Não tinha nada a ver...

Prestei, então, concurso para a Secretaria de Assistência Social e fui chamada: FEBEM Tatuapé. No dia em que entrei estava tendo rebelião. Eu, na verdade, nem entrei! Eu estava indo para lá pela Marginal e os moleques passavam correndo por mim. “Não, isto também não é para mim!”

Continuei procurando e me indicaram o CETREM. Era no Parque Dom Pedro. Pegavam todas as pessoas em situação de rua e colocavam num local – até hoje tenho trauma disso! – separado por grades. Parecia que o povo estava na cadeia. Tinha um cheiro horrível, pior que cheiro de cemitério. Fiquei muito impressionada! Uma vez tinha uma senhora atrás da grade, com dor de dente – nunca me esqueço disso! –, e ela pedia um remédio. As pessoas andavam de um lado para o outro

como se nada estivesse acontecendo! Um descaso dos funcionários! Aquilo me fez tanto mal! Falei: - Nem pensar!

Continuava com o trabalho no banco até que pedi que me mandassem embora e tirei uns meses de descanso.

Quando voltei a procurar emprego, prestei uma seleção para administradora de creche da Prefeitura. Não era concurso, era seleção. Antigamente a concorrência era menor, mas para entrar era danado. Eu vinha com experiência de banco e do estágio. Mesmo assim entrei.

Fui então trabalhar em uma Associação. Quando cheguei falaram de uma presidente com quem ninguém conseguia trabalhar. “Ela é insuportável” diziam. “Se quiser tentar entrevista com ela...” Pensei: Eu preciso de experiência. Fui lá. Realmente era aquela situação: eu poder e você porcaria.

As crianças lá estudavam pela manhã e à tarde ficavam no OZEM, uma organização socioeducativa. Quando entrei na creche, eram 150 crianças e 25 funcionárias. Eu com vinte e poucos anos... Mas nunca levei desaforo para casa! Falei para a presidente da associação: – Eu não tenho experiência. Esta senhora tinha um cestinho com uma cachorrinha dentro. Uma mesa enorme com toda a prataria do conde Francisco Matarazzo, porque a casa tinha sido dele. Aqueles móveis, cristais, prataria. Toda quarta-feira era reunião das conselheiras e você caía o queixo de ver aquelas mulheres chegarem em carros fantásticos. Sabe: “Precisa existir pobre para eu ser milionário”. “Eu preciso do caminho do céu, então tenho que fazer coisas para ‘essa’ classe”. Mas eu pensei: Vou nessa. E fui. Aí comecei como administradora.

As pessoas eram mais velhas do que eu. Tinha uma pedagoga, uma psicóloga, uma assistente social, uma estagiária de serviço social, uma auxiliar de enfermagem, pajens, pessoal de cozinha. Comecei a tomar pé, fui gostando, fui gostando, fui me apegando. Fui fazendo cursos. Eu me dediquei 24 horas para isto. Eu me apaixonei!

Com a presidente era cada um no seu quadrado. Eu queria tudo muito limpo e também improvisava as coisas. Nunca admiti que ninguém pisasse na minha cabeça. Quando ela não gostava de alguma coisa, eu dizia: – Eu vou até aqui, mas

se a senhora não está gostando, eu vou embora. Só que não vou deixar de fazer deste jeito que acho correto. Ela ia deixando... Uma vez veio gritar comigo. Quando ela me chamava, eu ia lá com “gosto de gás”.

O problema dela é que ninguém podia respirar! Você tinha que pedir a ela para respirar! E eu não sei fazer isto. Aconteciam as coisas, eu tomava atitude e ela perdia o controle. Queria saber com que autoridade eu fazia aquilo. Um dia ela gritou e eu falei que meu pai... Meu pai nunca me chamou de feia! Nunca tocou num fio de cabelo meu! Falei: – Não, senhora! Não sou sua filha. Trabalho aqui, e nem meu pai grita comigo. Eu vim receber orientação. Se é para eu ser boneca de presépio não vou ficar! Eu ia comprar um quilo de carne, tinha que pedir para ela, mesmo sabendo que tinha dinheiro para isso. Pegava Nota Fiscal, aprendi a fazer livro caixa, apresentava tudo para ela. Mas ela queria ter controle da minha respiração. De jeito nenhum!

Tentei sair uma vez, não consegui. Outra coisa: as crianças tinham que ter presença. Se a criança tinha tantas faltas, você tinha que tirar a criança da creche e isso eles achavam que era o melhor, mas eu achava desumano. Para ganhar dinheiro tiro e coloco outra?! A criança estava doente, faltava e depois não podia voltar?! Eu falei: – Não! Ela tem atestado. Para ela era automático. Não importava a criança. O que importava era que entrasse outra nova no lugar. Eu não gostava disto. Imagina! Tinha uma criança que estava lá, ficava doente, e não podia voltar?! E as mães eram prostitutas, empregadas domésticas, algumas crianças eram do cortiço – que é pior do que favela. A promiscuidade no cortiço é pior do que em favela. É um absurdo cortiço! As crianças morando no corredor... A mãe que vendia cachaça e dava a bebida para a criança dormir, para poder sair na rua de noite, e depois a criança chegava na creche toda danada.

Eu entrava às sete e só podia sair depois que a última criança fosse embora. Às vezes, ficava até às 22h, porque a mãe não ia buscar a criança. Fui ameaçada várias vezes. O risco era grande! Pais usuários de droga...

Fiquei lá uns 2 anos e meio. Numa ocasião tínhamos 3 crianças na creche que sempre chegavam com infecção intestinal. Cuidávamos com dieta, mas do mesmo jeito que ela saía na sexta voltava na segunda – com a mesma fralda. Uma criança com infecção intestinal! A mãe chamava Vanda, nunca esqueço. Numa

segunda-feira a menina entrou como um cadáver. Falei com a Vanda que não dava mais. A moça colocou um bandido atrás de mim. As mães das outras crianças ficavam na porta da creche até eu sair e entrar dentro do carro para ir embora, porque me protegiam. Ficava também uma viatura na frente da creche. Comecei a ficar com medo.

Nesta época meu irmão começou a trabalhar em uma prefeitura do interior. Eles estavam montando a equipe de saúde e precisavam de uma assistente social, uma nutricionista e uma psicóloga.

Ele falou assim: – Vai ter uma seleção lá. Você não quer fazer? Falei: – Vou fazer! Passei. Fiquei lá. Na entrevista o Secretário da Saúde perguntou o que eu fazia. Eu contei que trabalhava na creche. Ele queria saber porque eu estava saindo. Eu contei, do jeito mesmo que estou contando para você, e ele disse que queria muito conhecer esta creche. Eles tinham a intenção de fazer um programa de saúde desde a creche, e São Paulo tinha um modelo, com apostilas de treinamento, tudo.

Na creche eu tinha começado a dar treinamento para as funcionárias, o que não tinha antes. Eu tinha observado, por exemplo, que todas as vezes que o pessoal da faxina ia fazer um trabalho estavam em duas. No primeiro momento eu achei que era assim. Entendeu? Uma varria a outra ficava olhando; uma segurava o saco e a outra colocava dentro com a pá. Eu disse: – Não entendo porcaria nenhuma disto, mas porque é assim? Iam no automático.

Levei então o pessoal desta cidade do interior para conhecer a creche e eles ficaram encantados! Com tudo. Falaram para mim assim: – Você acha que teria condições de implantar o formato deste trabalho? Falei: – Lógico! Para mim é café pequeno.

Daí fui fazer entrevista com o Prefeito. Ele ficou muito entusiasmado, porque era o que ele queria fazer. Queria implantar conselhos de saúde, incentivar a participação popular... Naquela época tinha muito a Zilda Arns trabalhando com as crianças desnutridas na Pastoral da Criança... Eu tinha envolvimento com eles também... Falei: – E o que eu não sei vou atrás! Ele achou que precisava de alguém assim. Aí eu falei: – Veio a fome com a vontade de comer. Eu com vontade de aprender tudo. Minha grande escola foi esta! Era de dia, de tarde, de noite, de

madrugada. Fui conhecendo os programas, ia atrás, um posto de saúde aqui, outro ali.

Aí eu tinha que sair da Associação. Fui pedir demissão para a presidente e ela disse: – Nem pensar! Olhe como ela foi comigo! Quando ela viu que eu poderia sair foi ficando com a minha Carteira de Trabalho. Eu perguntava: – E a minha carteira? Ela entrevistava trezentas mil pessoas e ninguém, ninguém. E aí o que aconteceu? O prefeito falou: – Eu tenho um mês para receber você. Depois não posso esperar mais. Falei: – Eu vou perder a coisa... A presidente da Associação ia me processar dizendo que abandonei o trabalho. O marido dela era um desembargador não sei das quantas. Sabe o que eu fiz? Levei todas as mães lá! As mães fizeram um abaixo assinado e eu saí da Associação.

Quando cheguei na cidade onde ia assumir, era uma administração nova. Foi muito prazeroso! Foi minha faculdade. Eu aprendi muito mais do que eu imaginava.

Fiquei cinco anos lá. Aos poucos foi caindo a minha ficha... Eu estava em contato direto com o prefeito, conhecia todos os secretários de saúde da região oeste. Eu conhecia as equipes... Aí começou... Teve um colegiado de prefeitos em que eles queriam implantar os serviços de saúde e pediram que fizéssemos um treinamento com todas as equipes de saúde dos municípios, todos os técnicos. A implantação seria nos municípios e eu fiz parte disto: da criação de Conselhos de Saúde, do aumento de participação da comunidade, da inauguração de unidades de saúde.

Fomos convidadas para fazer parte da discussão sobre implantação de programas: programa de saúde da criança, do desnutrido, da mulher, do idoso. Implantamos a horta comunitária, o Programa Vaca Mecânica, a distribuição de leite a granel.

Eu participei da implantação de todos esses programas, inclusive da creche, e tudo com participação da população. As hortas, por exemplo, eram dentro das unidades de saúde e o que eles colhiam era para o sopão.

Alguns programas eram da Secretaria do Estado da Saúde. Aí íamos fazer supervisão na região. Estávamos naquela fase de ter acabado o treinamento de todo mundo. Tudo já estava funcionando.

Mas... A cada administração a pessoa apaga o que foi feito antes, tudo o que você fez, e inventa a bola de novo. Aí fui aprender isso!

E o que aconteceu? Quando comecei o meu trabalho de participação popular e conselho de saúde, eu comecei a incomodar os vereadores, porque cada um era dono de um pedaço. Comecei a ver isso. Coisas que não dá para ver aqui em São Paulo, dentro de um município pequeno você consegue saber quem é quem, com quem você está falando.

Então alguns vereadores foram entregar coisas numa entidade e eu não deixei. Porque queriam fazer como se fossem bonzinhos. Eu falei: – Não! O que o senhor está fazendo?! O senhor pode entregar como voluntário, mas eu quero saber de onde vem a verba. Aí comecei a falar para a população assim: – O que é um vereador? O que ele faz? Qual a sua função? Qual a função da população? Nossa! Quando comecei a fazer isto o bicho pegou. Marcaram para eu ir à Câmara Municipal. Nunca me esqueço deste dia! Quem era esta assistente social que ia instigar a população contra os vereadores?! Deu o que falar! Eu dizia: – Não estou inventando nada. O que estou fazendo está nos livros. Eu tinha preparado um jornalzinho, todo bonitinho, com apreciação do prefeito. Não tinha *slogan* de ninguém, nem da Prefeitura. Quando o prefeito viu amou de paixão e falou: – Era tudo que eu queria. E ele foi à Câmara! Eu achei que no outro dia estaria na rua, mas ao contrário, tive o apoio dele. O pessoal viu que não tinha como me despachar, porque eu não estava presa a nada. Eu tinha feito concurso e o que eu estava fazendo era dentro da legalidade. Não tinha nada... O que estava errado?

Eu saí de lá porque o prefeito ia sair. Quando começou a mudança de administração, saiu todo o *staff*. Eu não saí a princípio. Quando houve a mudança de administração, o novo prefeito chegou e eu conheci a primeira dama. Ela falou: – Você não vai ficar mais na Secretaria da Saúde. Você vai para a Secretaria da Assistência. Falei: – Não vou mesmo! Não tinha nada a ver! Esta Secretaria tinha um trabalho assistencialista, aquele trabalho de “resolver enchente”. Tudo o que eu detesto! Muito ligado à política partidária. Fui a duas reuniões com ela e eu falei: – O quê! Não dou para secretária de primeira dama!

Nesta época eu tinha prestado concurso para o Estado e fui chamada para trabalhar perto da minha casa. Eu não tinha mais nada para fazer naquela Prefeitura. Estava me desvinculando...

Então, eu vim trabalhar em São Paulo em um Posto de Saúde.

No interior, o trabalho já era com saúde pública. O que eu aprendi foi lá. A implantação dos programas: tuberculose, meningite, campanhas de vacina. A questão da água, do saneamento básico, do controle de vacinas das crianças. Já tinha uma visão do que fazer na área da saúde. Todo este trabalho foi para mim uma grande faculdade.

No Posto de Saúde percebi uma diferença muito grande e comecei a trabalhar lá com o que tinha aprendido: planejamento familiar, grupo de gestantes, o trabalho em equipe multiprofissional. Trabalhávamos eu, uma psicóloga e outro colega, que inclusive é agora o coordenador do Programa de Saúde da Mulher. Quando ele começou a trabalhar com a gente nem falava! Devagar foi pegando o gosto da coisa e agora é coordenador! Amei de paixão o trabalho em Posto! Se eu pudesse estaria em Posto até hoje, mas chega uma certa hora em que parece que você vai se cansando, vai trabalhando e parece que já se esgotou.

Então, foi nesta época que eu engravidei e resolvi que ia parar de trabalhar por pelo menos uns dois anos para ficar com minha filha. Depois voltaria.

Mas o que aconteceu? Eu tinha prestado outros concursos e em um destes concursos eu estava aguardando a chamada. Só que renovaram o concurso e não tinha acabado a minha licença maternidade quando me chamaram. Fazia 10 anos que não tinha concurso. Eu ganhava no Estado um salário x e quando eu fosse trabalhar na Prefeitura eu ia ganhar quase 4 vezes mais. Meu marido não queria, mas eu bati pé. Imagine se eu ia perder esse trabalho efetivo, da Prefeitura, ganhando 4 vezes mais!

Quando fui escolher uma vaga o meu sonho dourado era trabalhar em uma Maternidade de São Paulo. Naquela época este hospital era o *must*. E eu tinha durante o período do meu trabalho no interior feito contato com a Dra. Albertina Duarte e com o Dr. Crispim, que atendiam adolescentes e adolescentes grávidas. Eu fiz cursos com eles.



Falei: – É o grande momento.

Fui escolher vagas e tinha uma vaga de substituição justamente no Hospital que eu queria! A minha filha estava com poucos meses, mas a Maternidade era perto da casa da minha mãe. Então eu falei: – É para lá que eu vou. Eu tinha empatado com três colegas, mas ninguém queria porque era vaga de substituição, e quando o dono da vaga quisesse voltar, eu teria que sair.

O meu sonho era ir para este Hospital Maternidade! Então eu falei: – Vaga de substituição, qualquer vaga.

Fui para lá. Quando eu cheguei não acreditava! Fui trabalhar com Recursos Humanos. Falei: Tudo bem! Estando aqui dentro! Como eu tinha feito o trabalho no interior, entendia um pouco de administração. Por isto eu falo que lá foi a minha grande faculdade. Eu tinha participado da seleção dos médicos. Fazia os contatos, o processo para mandar editar, publicar. Como eu tinha essa experiência o pessoal no Hospital falou: – Opa! Fica no RH. E nessa época estava saindo uma colega de férias. Então eu fui. Lá ia ter seleção para os residentes. O que aconteceu? Eu fiz todo o processo para a prova, que é um trabalhão. Aí quando foi o momento de aplicar a prova minha colega voltou, porque ela ganharia para isto. Eu preparei tudo que se possa imaginar e no dia de aplicar ela volta?! Eu não entendia bem aquilo... Depois é que fui descobrir: Quem ficou com as honras, o dinheiro a mais, tudo, foi ela!

Fui então fazer entrevistas com os funcionários. Eu estava aprendendo. Apresentou-se um funcionário temporário, que era viciado em anestésicos, e tinha sido mandado embora anteriormente. Ele já tinha ameaçado muita gente. Quem foi fazer a entrevista dele fui eu. Ele não falou nada disto na entrevista, só falou que já tinha trabalhado lá e eu coloquei. E quem trabalhava na Prefeitura ganhava pontos a mais. Quando veio a avaliação, eu descobri toda esta história. Achei muita sacanagem! Tinham que ter me alertado.

Outra coisa é que eu trabalhava e quem ia para a reunião falar do serviço era minha chefe. Um dia eu cheguei e falei: – Não! Eu fico aqui, faço tudo e ela vai na maior cara de pau levar como se fosse dela! Falei: – Não quero mais ficar aqui. Quero fazer enfermaria.

Fui, mas não queria trabalhar com paciente terminal. É muito complicado, parece que absorvo as coisas. Daí comecei a atender óbito fetal e pegou para mim! Não sei lidar muito com a morte. Naquela época não sabia nada. Agora sei um pouquinho mais...

Como eu tinha experiência, eu me deparei com o atraso deles com planejamento familiar. Na Maternidade eles diziam que faziam tudo, e o pessoal do Posto era um bando de incompetentes, burros, que não trabalhava. Era muito preconceito! Doeu. Imagina, gente!

Quando eu entrei no Hospital Maternidade o grupo de assistentes sociais era grande e tinha muitas colegas se aposentando. Final de carreira. Aí a coqueluche era adolescente grávida. A Globo ia filmar e só iam as que eram mais antigas para aparecer na fita. Quem era novo... Quem era mais antigo nem plantão fazia no final de semana. Algumas coisas eu não entendia. Aí eu pedi para a chefe que eu queria trabalhar no planejamento familiar.

Mas tinha o feudo. Tinha um grupo... Ninguém queria sair de lá. E cada reunião da qual eu participava eu discutia muito por conta do que falavam sobre os Postos de Saúde.

Não fui para o planejamento familiar. E minha maior decepção foi ver o que faziam nessa área. O Estado estava muito à frente.

Resultado: comecei a ver algumas coisas que não gostei.

Tive que passar por diversos setores: gestantes de parto normal, berçário, oncologia e óbito fetais. Ficávamos em um dos setores e cobríamos o outro.

Aí eu comecei a ver algumas coisas... Numa época a maternidade estava muito ruim de dinheiro e começou a decair. Mas tinha uma médica que fazia pesquisa com os bebês de baixo peso para o doutorado. Tinha criança de 500g que ela queria salvar, e para essa criança não faltava remédio, mas não tinha novalgina para a mãe que estava morrendo de dor na outra enfermaria.

E ver a discriminação entre os mestres e os residentes... Era uma falta de respeito! Tinha uma mãe no Posto 1 que estava prestes a ter o bebê. Fui atrás do residente e ele estava na fila do almoço. Ele disse para mim: – Você é o quê? – Sou

assistente social- falei. E porque você está me chamando? Eu já passei visita. Eu disse: – A mãe está em trabalho de parto! – Então fala para a enfermeira colocar um tampão. Aí eu falei: – Você está louco? De jeito nenhum! Fui falar com o chefe dele. Quando nós voltamos a mulher tinha parido. Fui percebendo que isto era muito comum. Não concebia que estas situações pudessem acontecer dentro dessa Maternidade! Lá não podia ter erro!

Outra coisa: eu ia para as reuniões de setor. Lá tem reunião atrás de reunião. É uma reunião para marcar outra para não fazer “porra” nenhuma. Tenho trauma de reunião. Já estava tudo resolvido. Só para dizer que fez.

Comecei a não gostar mais.

Eu assinava 3 pontos. Tinha cartão magnético e ponto para ser assinado. Passava cartão e assinava o ponto no RH. Tinha papel para tudo! Aí a gente procurava as pessoas e não encontrava. Alguém falou para mim: – Deixa de ser burra. Você não percebeu que só você preenche este papel. O resto falava que estava aqui e já tinha tomado área. Ela mostrou uma saída pelo necrotério, que dava no estacionamento, e área! Iam embora, depois voltavam para assinar o ponto de volta. Aí eu não tinha coragem de fazer isto. Um dia fui ao banco e a Maternidade estava toda lá. Comecei a ver...

Fui juntando...

Neste período eu engravidei. Imagine que me colocaram de novo no óbito fetal e oncologia. Falei: – Não dá! Saía de lá todo dia chorando. Fiquei sabendo que eu não queria estar lá. Chorei, chorei, depois me convenci. Estava demais para mim.

Neste período tinha uma criança que estava há 3 anos na Maternidade e teve alta. Desses que anunciavam que tinham conseguido salvar mesmo pesando 500 gr. Só que a criança iria para casa com sonda etc. Fez aniversário e deram alta. Quando chegou em casa aspirou e não podia mais voltar. Já tinha acabado a tese da doutora, não é?! Gastaram muito dinheiro para mandar embora essa criança, com uma mãe pobre! Não deu 3 meses e a criança morreu! Óbvio. A tese saiu... Sabe quando você idolatra a coisa e depois se decepciona.

Então eu perdi o bebê e me deram 15 dias de licença.

Quando eu voltei, pensei: – Não quero.

Fui falar com o Diretor e disse que precisava ir embora de lá.

“É um absurdo! O que aconteceu?” Aí eu falei: – Não quero por isso, isso. Ele ficou me olhando, mas também... Já não se importava com nada. “Para onde você vai?” Eu disse que queria voltar para Posto de Saúde, que não tinha perfil para Hospital. A vaidade daqueles médicos, dos residentes... Era tudo fachada.

Saiu então uma vaga em um Posto de Saúde. Cheguei, comecei a trabalhar e toda a minha experiência eu pude colocar em prática. Fiz planejamento familiar... Foi café pequeno. Comecei a trabalhar com a comunidade...

Comecei a fazer um grupo com idosos em que cheguei a ter 80 participantes. Fazia planejamento familiar, grupo de gestantes, de alcoolistas, visitas de vigilância. Fiz a minha vida! Cada dia fazia uma coisa. Fiquei muitos anos lá. Tínhamos uma equipe com fonoaudióloga, terapeuta ocupacional, psicólogo, médicos, enfermagem. Era muito gostoso. Fizemos grupos de acolhimento, de sala de espera.

Até que veio o PAS e chegou o momento de optarmos para ficar ou não. Politicamente as assistentes sociais eram para ser “contra o PAS.” Mas o meu amor, a minha decepção com os professores/políticos da minha época de faculdade, minha decepção com a Maternidade... Falei: – Eu quero ver o que vai acontecer.

Nesta época minha filha estava pequena, no berçário.

Eu queria trabalhar. Meu negócio era trabalhar. O que eu queria saber é se eu poderia ficar lá, fazendo o que já fazia e com condições para isto. Ela disse que sim e assinei. Fui desconjurada. Comi o pão que o diabo amassou com as colegas. O que aconteceu é que eu comecei a ter a quantidade de DIUS que precisava para os meus atendimentos no planejamento familiar, e isso não faltou nos 3 primeiros anos do PAS.

Em menos de 2 anos o pessoal que não aderiu ao PAS queria voltar.

Tinha médicos, profissionais que trabalhavam meio período na Prefeitura e meio período no PAS, e só assinavam na Prefeitura. Só assinavam o ponto! Isto é roubo. Fiquei enojada! Política...

Continuei a viajar com o grupo da terceira idade e fazia muitas atividades com este grupo. No grupo as pessoas tinham que fazer uma atividade física, tinham orientação alimentar, todos tinham pressão aferida, eram pesados. Fazíamos artesanatos com sucata, festas, dança de salão, dança circular, yoga, palestras. Um cardiologista começou a trabalhar com a gente e ficou encantado! O pessoal de saúde mental também.

Daí em um dos encontros do grupo de hipertensos, em que tínhamos o contrato das pessoas não entrarem depois da reunião ter começado, uma senhora, parente de um político da região, forçou, querendo entrar com o trabalho já começado. Eu falei: – Não, a senhora não vai entrar. Coloquei limite. Pronto! Falsificou um abaixo assinado para me tirar do Posto!

Isso veio junto com o momento em que os diretores dos Postos começaram a atender. Quem veio trabalhar comigo foi um psiquiatra que dizia que não tinha o que trabalhar com os “loucos”: era remédio e pronto. E eu trabalhava com um grupo de alcoolistas, tínhamos uma proposta de trabalho com a família. Daí ele começou a me perturbar com a visão dele. Ele queria que eu trabalhasse com ele. Eu disse que não e ele ficou com muita raiva. As coisas começaram a mudar...

Nesta ocasião tive uma situação também com uma colega que coordenava grupos em outra unidade. Eu emprestei para ela uma apostila e ela para usar tirou a primeira página, que era a minha introdução, fez xerox e começou a passar para o pessoal. Não teve o trabalho de me dizer que ia usar dessa forma! Ficou como se fosse trabalho dela. Eu socializo, não me importo. Quero ver resultados. Mas isso foi desonesto! Fui falar para ela: – Isto é crime, né?! Falei: – Por que você não me falou isto?! Eu não acredito! As vaidades me enojavam. Fiquei decepcionada.

Com o resultado do abaixo assinado da senhora do grupo, e esses outros acontecimentos, fui conversar com o chefe da cooperativa, para ir para outra Unidade. Falei que queria um mês para terminar o meu trabalho. Contei para todos que eu ia embora, todo mundo reclamou, fizeram um abaixo assinado – esse sim autêntico – e pediram para eu ficar.

Eu não quis mais.

Dentro dos grupos discutíamos política e isso incomodava muito. Fazia um trabalho que não era partidário, mas era político. Foi como na Prefeitura do interior.

Daí fui para um Posto, em que meu irmão era Diretor, fazer o mesmo trabalho que fazia nessa outra Unidade. Mas não deu certo trabalhar com meu irmão... Sentia que os colegas não tinham a mesma liberdade comigo e isso me incomodava. Aí conheci colegas maravilhosas!

Nesse período acabou o PAS e eu tinha ido morar no Parque São Domingos.

Foi quando surgiu uma vaga no Centro de Convivência do Parque São Domingos e escolhi ir para lá. Esse CECCO era na esquina da minha casa! Nunca tinha trabalhado em Centro de Convivência... Bom... Vamos lá... Conheci duas terapeutas ocupacionais que faziam um trabalho muito bonito! Fiquei lá um tempão e aprendi muitas coisas. Trabalhar com pessoas com vários graus de deficiência... Aprendi muito com elas...

Nesse período mudou a administração e determinou-se que cada pessoa tinha que ir para o seu local de origem antes do PAS. O meu local era o Hospital Maternidade. Só que eu morava no Parque São Domingos e aquilo não tinha mais nada a ver comigo.

Fiz, fiz... Fui atrás. Conhecia muita gente. Procurei pelo coordenador da região, e ele falou que não tinha jeito: eu teria que voltar. Eu tinha uma amiga de infância que nesta época trabalhava com esse senhor e ela fingiu que não me conhecia!

Pensei: Todo mundo consegue. Aí fui até a Secretaria. Lá tinha uma pessoa que eu conhecia, e ela me encaminhou a outra que me deu uma carta para o Coordenador determinando: Cumpra-se! Eu não tinha nada me ligando a partido nenhum!

Quando me apresentei a ele disse que queria ficar no CECCO. Ele disse que eu não ia ficar no CECCO, mas que viria para a Coordenação. Fui colocada numa sala enorme, sentada lá no canto, lendo diário oficial... Eu tinha ânsia de vômito cada dia que eu pensava em ir lá. Imaginava que ia ficar vendo a cara daquele sujeito... E eu ficava sem fazer nada. Não aguentava!

Até o dia em que teve uma reunião, e quem estava lá? O Diretor de um outro hospital da região. O Coordenador me apresentou a ele e falou: - Você não estava precisando de uma assistente social? Está aqui uma. Conversei com esse senhor, falei que não tinha perfil para trabalhar em Hospital. Ele com toda classe falou: - Não... A senhora esteja à vontade... Eu realmente preciso muito de uma assistente social, é um profissional que eu valorizo muito... Elogiou... Encheu a bola... Eu contei da minha história em outro Hospital. Ele falou: – Você está convidada a tomar um café comigo lá no Hospital. Pensei: – Qualquer coisa deve ser melhor do que aqui.

Eu precisava de um lugar para trabalhar.

Daí eu vim. Quando eu cheguei aqui, você não acredita! Encontrei pessoas que são minhas amigas até hoje.

Fui então conversar com a pessoa responsável pelo Ambulatório. Cheguei lá e ela falou: – Senta aqui. Começamos a conversar, fomos trocando, supersimpática. Na hora gostei dela! Ela na hora foi com a minha cara! Ela falou assim: – Você já é minha! Nunca esqueço... – Você vai ficar comigo, não vai? Aí falei: – Tudo bem.

Mais tarde eu vim parar no Hospital em outra mudança de administração, porque o Ambulatório deixou de fazer parte do Hospital. Precisavam de assistente social aqui. O Diretor pediu para eu ser supervisora do serviço social.

Já estava mudando a política de novo... Aquela velha história. Tudo o que eu tinha feito...

Eu tenho gosto até hoje. É que assim... Eu já tinha desistido de alguma forma... Eu tinha pensado que só ia ficar fazendo algumas coisas administrativas... Mas daí entraram as assistentes sociais novas. A gente constrói uma história e acho que a história precisa ser passada para o outro. Contada. Algumas coisas que deram certo terminam sendo destruídas por causa da questão política. Mas os trabalhos que tiveram continuidade foi porque existiam pessoas que batalharam e bateram pé para fazer acontecer do jeito que achavam que era correto. Independente da postura de cima para baixo, do “cumpra-se”.

Então, eu ainda não tinha passado a minha experiência. Agora estou aprendendo e ensinando. Isto me dá um ânimo! Passar para frente algumas coisas.

Percebi que em alguns momentos deveria ter calado a boca, porque eu falava demais. E de repente o pessoal me discriminava...

Essa equipe que está aqui hoje me motiva. Porque eu falo, elas questionam. Eu digo: – Estas coisas não aconteceram à toa. Eu não acordei de manhã e pensei: quero que este papel seja cor de rosa a troco de nada. As coisas têm uma história...

Esse pessoal novo... Maria, Letícia, Dora, Teresa... Elas são muito diferentes umas das outras... E também são novas na área da saúde. São críticas. São apartidárias. O que eu acho mais legal é que eu não tenho nenhuma colega que milite em um partido.

Acho que a saúde pública não deveria estar atrelada a nenhum partido político. Teria que ter uma política de saúde, mas não atrelada a uma política partidária... O que discutíamos, em 1991, nos Postos de Saúde, de termos pronto-atendimento nas Unidades Básicas e o pessoal não queria de jeito nenhum, dizendo que posto de saúde é prevenção, estão fazendo agora com as UPAS, e estão sentindo necessidade da UBS Integral. É o que acontecia antigamente...

Eu tenho passado algumas experiências para o pessoal, destes programas que deram resultado. O Conselho de Saúde, por exemplo, não é controle, é participação. Planejamento familiar, não era controle.

Eu fiz Serviço Social porque eu gosto, porque eu acredito no ser humano. Eu não tenho mais a ilusão de mudar o mundo, mas se eu puder clarear, fazer com que um ser humano pense... Entre dez se pelo menos um se salvou já valeu à pena. Isso diz que existe a chance de salvar um pouco mais. É só melhorar as coisas.

É preciso rodar o prato a vida inteira.

Dentro da história tem algumas coisas que deram certo e as pessoas precisam saber o porquê... É preciso que essas coisas tenham continuidade. Eu fico me lembrando do trabalho que fazia no Posto e penso: Que pena! Se mandassem o idoso fazer outras atividades, ele não estaria hipertenso. Se a família tivesse outros conhecimentos... Mas cada um corta algo só por vaidade. A vaidade acaba com o trabalho da maioria.



Quem está chegando precisa escutar a experiência do outro, mas às vezes quer fazer o novo do jeito dele, mesmo chegando ao mesmo lugar. E assim vai...

Vejo muitos profissionais jovens ainda com inocência... Queria quebrar um pouco isso com as assistentes sociais, porque é preciso ter certa malícia... Mas não queria que perdessem o olhar inocente.

Eu acredito na mudança. Se eu não acreditar na mudança, e no que a história traz... O que me motiva é passar algumas coisas para as pessoas peneirarem; verem o que é bom ou não para elas. Acredito que eu tenho obrigação de passar para os outros o que aprendi. É preciso conhecer o serviço do outro antes de criticar...

E estou buscando mais para aprender. Tenho aprendido muito com elas e aprender é um prazer!!

## **4.2 A história de Maria**

Maria, 33 anos, foi outra assistente social por quem procurei para fazer a entrevista. Trabalha na saúde pública há 2 anos.

Falei com ela inicialmente por telefone, para contar-lhe sobre o Projeto, pois ela se encontrava de licença médica em função de uma gravidez de risco. Admirou-se que eu estivesse disposta a ir até sua casa, que não é tão perto de onde trabalho, para fazer a entrevista. Eu realmente estava disposta, pois a conhecia de outras situações, em que a escutara contando as suas experiências de trabalho, e me chamara atenção o seu envolvimento e a sua compreensão profunda e sensível, das situações que vivenciava.

Marcamos um dia, fui até lá, sendo recebida com muita atenção. Maria me mostrou as roupinhas do bebê, as fraldas, pois na véspera de nosso encontro havia ocorrido o Chá de Bebê. Contou com orgulho que o marido cuidara de toda a organização, preparara enfeites, convidara as pessoas e fizera uma surpresa para ela. Em seguida me mostrou algumas fotos, que mantêm arquivadas em álbuns, dizendo que ali estava a sua história.

Antes de iniciarmos a entrevista, ela me perguntou se eu sabia dos graves problemas de saúde que tinha tido. Contou-me que, quando estava no terceiro mês de gravidez, começou a ter um sangramento. Assustou-se, foi ao Pronto-Socorro e, a princípio, teve a informação que provavelmente estaria abortando. Não acreditava que fosse possível. Sentia que o bebê estava vivo. Ficou em observação, no outro dia realizou um ultrassom, e o bebê estava realmente bem.

Ela foi para casa, mas o sangramento continuava. Sangrava muito. De volta ao Hospital, fizeram inúmeros exames, passou por médicos de diversas especialidades, havendo por fim a suspeita de um apendicite. Concluíram que ela precisaria ser operada, com anestesia geral, embora isto trouxesse riscos para o bebê. Maria foi para cirurgia e, durante o procedimento, constataram que o sangramento era proveniente de um mioma que se alojava fora do útero. Este mioma foi retirado e a cirurgia bem sucedida, mas ela continuava indisposta, fraca, vomitando muito, e foi levada às pressas para uma transfusão. Neste momento, achou que não fosse sobreviver. Despediu-se do marido e dos familiares.

Depois da transfusão, começou a recuperar-se e a partir daí a gravidez transcorreu bem, embora fosse de risco. Ela tinha um mioma, que cresceu com a gravidez, e isto trazia o risco do nascimento prematuro do bebê. Maria estava no sétimo mês de gravidez. Disse que estava mais tranquila, porque caso o bebê nascesse já teria condições de sobreviver, mas que gostaria de levar a gestação até o final.

Lembrou-se muito da mãe, que havia falecido há 3 meses em sua cidade natal no nordeste brasileiro. Começou então a contar que ela estava bem de saúde e subitamente começou a sentir dores abdominais e foi internada. Demoraram a identificar que se tratava de um apendicite. Fez a cirurgia, teve alta, mas em casa continuava a sentir-se mal, vomitando muito. Foi levada às pressas de volta para o Hospital e lá morreu. Maria ficou muito assustada quando recebeu a notícia, mas não teve como ir para o enterro da mãe. Não chegaria a tempo... Disse que sofreu muito, e lamentou que a mãe sequer tivesse tido tempo para receber os ritos fúnebres tradicionais oferecidos a alguém que morre. Contou que nessas ocasiões, na sua cidade, quando a pessoa morta é trazida para casa, e assim que a ambulância aproxima-se, liga a sirene, para os vizinhos saberem que o corpo

chegou. Vão então para a casa preparar o corpo e começar o velório. Nesse momento é fundamental que o morto mantenha uma vela acesa nas mãos. Feito o velório, saem da casa em cortejo e vão até a igreja. Quando o cortejo está se aproximando da igreja o sino começa a tocar, e depois volta a tocar quando o morto vai se afastando em direção ao cemitério. A mãe de Maria não pôde ter estes rituais, pois foi levada para necropsia em outra cidade a 3 horas de distância.

Maria considera que houve falha no atendimento. Disse que se estivesse lá, poderia ter lutado pela mãe, como luta pelos pacientes no seu trabalho. Ela se lembra dos pacientes que estava atendendo no dia em que a mãe morreu! Mas não pôde fazer nada por ela...

Um mês depois ela retornou à cidade em que a mãe vivia e juntos, ela, uma irmã e um irmão, prepararam uma cerimônia na qual contaram a sua história. A mãe era líder de movimentos sociais e todos a conheciam.

Seguiu então com a sua narrativa, que a partir desse momento foi gravada.

No momento da devolutiva, quando fomos fazer a correção do texto, disse que fez um esforço para reler, pois achou horrível a “oratória”, e que se esse material fosse olhado com “olhos acadêmicos” seria considerado um horror! Mas que viu ali “uma história bonita”. “De superação!” E que “foi uma terapia”...

Pedi que fossem feitas algumas alterações no texto transcrito, e ainda posteriormente, quando eu lhe apresentei a narrativa revista, ela sugeriu novamente outras mudanças. Tive receio, com muito pesar, que, por fim, ela não fosse aprovar o texto para inclusão no Projeto. Sua história revelou um “querer” profundo, que lhe orientava as escolhas, uma capacidade de superação e um cuidado com o outro, que eu mesma experimentei quando fui recebida em sua casa. Para mim, escutá-la foi um presente.

#### **4.2.1 Eu joguei a flecha no escuro e acertei o alvo**

Eu nasci numa cidade chamada Icó, no interior do Ceará, em uma família pobre, humilde. Meus pais eram trabalhadores rurais.

Eu vim para São Paulo ainda criança, porque eu estava em busca de uma oportunidade na vida. Eu achava que vindo para São Paulo eu teria mais oportunidade de estudar, porque na região em que meus pais moravam as pessoas não iam além da 4ª série, 8ª no máximo, e se quisessem estudar mais, fazer ensino médio, ou faculdade, tinham que ir para outra cidade. Eu não tinha família em outras cidades, só aqui em São Paulo. Então quis vir. Eu tinha 11 anos.

Era um sonho meu.

Na época em que vim os nordestinos acreditavam que São Paulo era uma oportunidade de vida. Que era um lugar em que você podia trabalhar, conseguir as coisas. A região em que eu morava tinha essa mentalidade.

Então juntou isso, com um querer meu de sair daquele lugar, e com o fato de ter família aqui... Eu vim morar com meus irmãos.

Quando eu cheguei a São Paulo comecei a praticar esportes. Porque lá eu nem sabia o que era esporte! Aqui pude fazer judô, karatê... Tive outras oportunidades. E pude estudar!

E quando comecei a ter essas oportunidades, aqui em Barueri, que é onde eu moro, eu vi que se eu tivesse ficado lá não teria isso.

O esporte me fazia tão bem! Na escola eu percebia a diferença entre o ensino de lá e o ensino daqui. Eu percebi nos primeiros anos que era muito atrasada. Por exemplo, a 4ª série daqui... Nossa! Eu tinha que estudar muito para alcançar. Eu sabia muito pouco. Lá eu tinha aprendido a soletrar de um jeito e até isso era diferente aqui! Eu tive que correr atrás de muita coisa, mas nunca repeti de ano.

Senti muita falta dos meus pais, mas o tempo foi me ensinando a viver longe deles. Até hoje eu corto um pouco a minha voz, porque sinto uma emoção. A gente deixa a terra da gente, né! Quando a gente está em busca de uma coisa melhor, e onde a gente mora não tem esta oportunidade, a gente deixa a terra da gente, a gente deixa os pais, vem para um lugar desconhecido e vai batalhando para ver se consegue alguma coisa.

Mas as coisas aqui também não foram tão fáceis. Eu morava com meus irmãos e as condições financeiras não eram tão boas.

Mas eu fui muito feliz na escola! Fui muito feliz porque me esforçava muito. Então eu ganhava concurso de poesia... Só era ruim em matemática. Até hoje eu sou péssima. Escolhi Serviço Social também porque não tinha matemática.

Eu fui uma aluna muito boa. Fui muito feliz! Amava a escola! Ah! Como eu amava a escola! Eu participava de tudo. Todas as oportunidades que me davam eu estava pelo meio. Fazia teatro... Participava de tudo. Fiquei conhecida.

Eu me lembro que uma vez a professora deu um livro para ler que se chamava A Marca de uma Lágrima, de Pedro Bandeira. Era um livro bacana, apropriado para o pessoal adolescente. Eu li e no encarte do livro dizia que se eu quisesse escrever para o autor eu poderia escrever. Eu peguei e escrevi para o autor dizendo o quanto eu gostei do livro, com palavras muito simples, e duas semanas depois eu recebi a resposta dele. Fiquei tão feliz! Não é que ele respondeu mesmo! O autor do livro! Levei a carta para a escola, mostrei para a professora e ela ficou toda orgulhosa. Já saiu falando nas outras salas, para os outros alunos, que era uma aluna da 5ª série, que tinha feito este comunicado para o autor e tinha recebido uma resposta. E uma coisa que eu me lembro que estava escrito na carta é que ele esperava estar vivo para admirar o meu sucesso. Não sei se ele é vivo, acho que não é mais vivo. Então tudo isso me motivava. Pensava: “Olhe! Eu vim para cá, tive que aprender muita coisa e estou me sobressaindo, estou conseguindo muitas coisas. Então consigo ir muito além”. Acreditava muito nisto: que eu ia conseguir fazer muitas coisas.

Daí eu me lembro que terminei a oitava série, fiz o ensino médio, e não tinha condições de fazer a faculdade. Na época não tinha ENEM, FIES, não tinha muito amparo. Então fiquei 7 anos parada sem estudar. Na verdade achava que não ia dar mais, que eu não ia conseguir fazer a faculdade.

Quando terminei o ensino médio já estava trabalhando. Comecei a trabalhar com registro em carteira aos 18 anos, mas antes disso trabalhava em lojas, em uma coisa e outra. Mas ganhava pouco... Não dava para fazer faculdade, pagar transporte e alimentação. Minha família me ajudava na medida do possível, mas também tinha os seus compromissos. Eu queria fazer várias coisas: jornalismo, direito, estudar história.

No ensino médio o colégio nos levou a uma faculdade, fizemos um teste vocacional e me devolveram dizendo que eu poderia fazer História e Serviço Social, que eu nem fazia ideia do que era. Como eu não podia fazer faculdade naquele tempo eu deixei isso para lá, e esqueci a história de Serviço Social. Até porque eu nem sabia o que era... Nunca tinha conversado com uma assistente social.

Então eu comecei a namorar, casei com o meu marido, e tive a oportunidade de fazer faculdade com ele me apoiando.

Tive que escolher a profissão. Fiquei procurando: o que vou fazer? Eu olhava a grade e as profissões tinham muita matemática! Eu pensava: matemática não é para mim! Eu inocentemente queria uma profissão que ajudasse as pessoas. Não sabia como... Medicina era muito caro.

Daí, por acaso, esbarrei no Serviço Social, fui ver o que era, mas ainda não entendia direito. O que entendia é que atuava em prol das pessoas. Aí falei: - Acho que dou certo nesse curso! E me lembrei do teste vocacional.

Escolhi, na verdade, sem saber o que realmente era! Só pensava em ajudar as pessoas dentro da minha profissão. Quando fiz a matrícula, e fui fazer o vestibular – eu estudei na UNINOVE –, enquanto eu subia as escadas rolantes, me veio a música do Zé Ramalho na cabeça – *Cidadão* (Anexo 4).

Eu não acreditava que eu estava indo fazer o vestibular para entrar na faculdade! Eu não acreditava que estava dentro de um prédio da faculdade e que o meu sonho de ter uma profissão estava tão pertinho de mim! E tão longe... Porque ainda tinha uma corrida grande para chegar até o final! Ah! Eu me emocionei! Poxa, eu estou aqui! Eu vou fazer!

Eu lembro que cheguei em casa e contei para o meu marido. Eu me emocionei ao subir aquela escada e me deparar com tantos outros jovens! Os elevadores... É um prédio moderno... Eu me vendo naquele mundo... Para muita gente pode ser uma coisa muito boba, atualmente é muito comum, é mais fácil fazer uma faculdade, mas para mim, que tive uma história diferente, aquilo era demais!

Comecei a fazer o curso. Eu me lembro da primeira aula, em que a professora explicou o que era o Serviço Social. Falou que assistente social não era aquele profissional bonzinho, a boa moça, que ficava na questão da caridade. Ela falou que,

na verdade, não era questão de ajuda no sentido do assistencialismo, mas que o assistente social trabalhava diretamente com as diversas manifestações da questão social, numa perspectiva dos direitos. Aí é que eu fui entender o que era tudo isso! E falei: – Ainda bem que não era exatamente o que eu pensava. Eu joguei a flecha no escuro e acertei o alvo. Era o que eu queria! Eu fui entender o que eu queria!

Fui estudando, me apaixonei pelas matérias, as disciplinas. O Serviço Social é um curso apaixonante! E quando a gente começa a fazer pesquisa, por exemplo, em antropologia, você descobre tanta coisa! Puxa, eu não imaginava! Fui me apaixonando pelo Serviço Social, e aconteceu comigo o que acontecia no colégio: toda oportunidade que tinha eu estava pelo meio.

Eu fui muito feliz também na minha graduação até pela relação com os professores. Na época do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), quando escolhi o orientador, ele me acolheu, quis me orientar. Eu fiz meu TCC sobre a autonomia e cidadania da pessoa com deficiência intelectual. Eu escolhi esse tema porque fiz estágio na APAE e eu gostava muito do estágio. Ali acabei descobrindo outras dificuldades. Você vai convivendo com aqueles pais e vê que as dificuldades são muito maiores do que você imagina. Você ter um filho com deficiência... É muita coisa que você tem que enfrentar! As dificuldades das famílias, daquelas mães que diziam que precisavam matar um leão por dia. Porque na área da deficiência intelectual há poucas políticas públicas. Então, por exemplo, a pessoa com deficiência tem direito a ir para escola como todo mundo. Sim. Só que aí os pais vão levar o filho e não tem o profissional especializado para atendê-lo. Tem o professor, mas não um que atenda a necessidade da criança. Ela vai para a escola e fica lá no canto. Era tanta coisa para se fazer! Tantas coisas que indicavam que era preciso melhorias das políticas públicas e a efetivação das que já existem!

Foi muito legal fazer estágio lá! Primeiro porque eu conheci o que é a deficiência intelectual. Eu não sabia. A gente às vezes tem muito preconceito. Às vezes eu não sabia diferenciar deficiência intelectual de doença mental. Fui aprendendo. Dependendo da limitação eles podem se superar, conseguir muitas coisas no esporte, na escola. Basta a gente dar oportunidade. Basta a sociedade, as leis darem as devidas oportunidades e fazer o que é adequado para eles. Adequado

acho que não é a palavra certa... Quero dizer, aquilo que atenda as necessidades deles.

Uma vez eu fui na farmácia comprar um sabonete. Eu estava procurando o preço do sabonete e chegou uma moça com Síndrome de *Down* para me atender. Ela perguntou se podia ajudar, eu falei que estava procurando o preço e ela disse para eu acompanhá-la. Ela estava com dificuldade de saber como passava o produto na maquininha que detecta preço. Eu fiquei observando a dinâmica. O chefe dela pegou da sua mão o sabonete e ele mesmo passou na maquininha e falou o preço. O que seria o ideal na minha opinião? Ela estava aprendendo! Ele poderia ter chamado a moça, e ensinado. Não tirado da mão dela! Teria que ensinar. Tem que ter paciência, porque eles têm o tempo deles, as limitações.

Eles têm as limitações, mas têm as potencialidades, e se for dada a devida atenção eles conseguem muito.

Foi muito apaixonante para mim trabalhar com pessoas com deficiência. Eu aprendi muito! Participei de muitas palestras. Fui caminhando ali, aprendendo com as assistentes sociais sobre os direitos das pessoas com deficiência e aos pouquinhos fui me desenvolvendo.

Fico até emocionada! É tão bom falar destas coisas!

Quando terminei a faculdade fechei o estágio e apresentei o meu TCC sobre esse tema. Nossa! Quando eu apresentei meu TCC falei: – Meu Deus, não acredito! E me emocionei. Apresentei o TCC brilhantemente! Eu sempre me preocupei em fazer uma escrita coerente, embora eu problematizasse muito o que eu escrevia e o que eu lia, e questionasse tanto, que parecia que nunca eu ia terminar aquele TCC! Mas eu tentava colocar de forma coerente, dentro de determinados limites. Então minha professora leu e no final da apresentação ela disse que o texto estava muito amarrado. Falou: – Olhe, Maria, você é uma assistente social que vai brilhar. O seu nome faz jus. Você vai ser uma excelente profissional. Eu nem tinha professores que trabalhassem diretamente na área da deficiência, mas eu fui atrás, fui pesquisar. Hoje quando vejo o meu TCC, penso: o que é isso?! Eu teria que ter escrito uma coisa mais técnica. Eu comecei a ver muitos defeitos, muitos erros meus, mas tudo bem, é assim mesmo.



E tem uma coisa importante em tudo isto. Eu vim para São Paulo e meus pais ficaram no Nordeste. Toda vez que eu ia fazer uma coisa difícil, apresentar o TCC, por exemplo, eu ligava para minha mãe e explicava para ela o que ia acontecer, de um jeito que ela pudesse entender. Falei: – Mãe, eu vou apresentar o TCC e preciso que a senhora reze, porque vou ser avaliada por muitos professores. Ou então, quando ia fazer aquelas provas enormes falava: - Mamãe, ore por mim. E aí ela dizia (até me emociono): – Minha filha, Jesus é o seu professor. Não tenha medo, pode ir que vai dar tudo certo. Eu estou rezando. Sempre tive esse vínculo com a minha mãe. Uma coisa que nunca se perdeu apesar da distância. A distância não quebra vínculos. Fortalece também. Hoje quando estou com dificuldades para vencer falo: - Jesus é o meu professor. Vou chegar lá.

Minha mãe ficou muito orgulhosa quando terminei a faculdade. Ela não entendia muito bem o que era Serviço Social, mas ela tinha prazer em dizer para as pessoas que a sua filha mais nova estava fazendo curso superior. Embora eu não seja a primeira da família a fazer curso superior, pois minha irmã mais velha também conseguiu, depois de muita luta. Também tem a história dela.

Eu dou muito valor ao que eu sou!

Quando saí da faculdade fui atrás do primeiro emprego. Eu tinha uma coisa dentro de mim: trabalhar com pessoas com deficiência seria um presente, mas um presente tão grande quanto, seria trabalhar com pessoas idosas. Tinha paixão por trabalhar com pessoas idosas.

As coisas estão muito ligadas! Quando eu nasci o meu pai já era idoso. Então eu convivi um tempo com meu pai idoso, morando numa região que não tinha o que se tem hoje, bolsa família... A gente não tinha o auxílio que hoje as pessoas têm lá no Nordeste. Era tudo muito precário. Meu pai trabalhava na roça. Então tinha que plantar, o alimento tinha que crescer... Eu me preocupava com isto! Dele não ter direitos assegurados... Era tudo muito difícil... Eu queria então trabalhar com pessoas idosas porque já sabia das dificuldades, das fragilidades.

Eu tive grande dificuldade para conseguir o primeiro emprego. Mandeí currículo para vários lugares, mas queriam pessoas experientes. Eu mandava para todo canto: para albergue, para abrigo.

Minha primeira oportunidade foi para trabalhar com capacitação de jovens. Fiquei três meses, e logo em seguida fui trabalhar com pessoas com deficiência. Era tudo muito difícil... Não me adaptei à Instituição. Eu trabalhava num prédio que não tinha acessibilidade adequada, não tinha as instalações. Aquilo era muito arriscado para eles! Eu levava os problemas (dificuldades e riscos) para a minha coordenadora, mas ela não podia fazer muita coisa. A instituição não tinha recursos. Eu fui me cansando de falar sempre a mesma coisa: – Isso é arriscado! Mas não tomavam providências. Eu até falava para os pais: – É arriscado. Mas, o que acontece? Muitos pais não têm outros lugares para ir! Quando eles acham um lugar em que aceitam o filho, eles colocam. A instituição não tinha os profissionais para atender da melhor forma. Não tinha, por exemplo, um profissional da saúde mental. Era risco para todo mundo. Eu não concordava com aquilo. Eu não tinha forças (condições) para mudar aquela realidade, até mesmo porque era o que eles tinham. Era complicado.

E eu tinha o sonho de trabalhar com pessoas idosas... Aqui na minha cidade tem uma instituição que trabalha com pessoas idosas e eu era apaixonada! Eu sempre quis trabalhar naquele lugar. Eu já tinha ido lá, levado currículo, mas não chegava a oportunidade. Eu tinha até feito uma entrevista e a coordenadora tinha gostado. Ela sabia que eu não tinha experiência, mas eu tinha perfil. E então, um tempo depois, ela me chamou. Eu nem acreditei! Mas era para cobrir licença maternidade... Eu fui, cobri a licença e foi um dos melhores trabalhos da minha vida! O que eu encontrei? Idosos com e sem família, com e sem vínculo. Idosos que foram retirados da rua, outros que a família não dava conta de cuidar. Outros abandonados. Tem tudo o que você imagina... E a gente tentava refazer os vínculos, encontrar famílias que a gente não sabia por onde andavam; ver se eles estavam com os direitos em dia; se estavam aposentados; se tinham assistência. Procurava ver que direitos eles tinham e se estavam sendo respeitados, porque se não estivessem a gente ia atrás. Foi muito bom, aprendi muito, ouvi muitas histórias dos idosos, das famílias. Conheci muita gente. Fiz um trabalho muito legal e depois, quando eu saí, tive até um cartão de reconhecimento. Acabou meu tempo, não tinha outra vaga.

Fiquei triste, mas já sabia que se tivesse outra oportunidade me chamariam. E me chamaram realmente, mas eu já estava trabalhando em outro lugar.

E tem outra coisa. Uma das coisas que eu mais queria era ser uma profissional concursada. Poderia ser na saúde, na educação... Queria ter estabilidade, trabalhar bem, fazer a diferença no serviço público. Quebrar os mitos de que funcionário público não faz nada. Não é desse jeito não!

Eu passei então num concurso e assumi, mas logo na segunda semana pedi exoneração, pois tinha passado também nesse concurso.

Comecei a trabalhar no hospital e foi o meu primeiro emprego na área da saúde. Fiquei tão feliz! Vou trabalhar na Saúde! Uma política universal! Não sabia muito bem como funcionava. Comecei a ler, me informar com amigas que trabalhavam na saúde como as coisas funcionavam. Saber procedimentos. Conhecer meu setor.

Fui trabalhando com idosos, mulheres vítimas de violência. Idosos abandonados. E o hospital tem de tudo. Fui aprendendo a trabalhar com outras questões que não conhecia. E sempre procurando ler, estudar.

Todos os dias tem situações em que algumas pessoas não colocam mais fé. A pessoa está em situação de rua e acham que não tem mais o que fazer. Eu falo no sentido de retornar a sociedade. O médico faz a parte dele, cuida, depois o paciente tem alta, e daí? É um paciente em situação de rua, um idoso. Não tem documento, não sabe onde está a família, já está há muitos anos na rua. O Serviço Social tem um trabalho com essas pessoas e já tivemos muito sucesso. Tenho um ano no hospital. Temos muitas histórias.

Tem histórias que marcam.

Outro dia atendemos um senhor que veio para São Paulo e ficou em situação de rua. Perdeu contato com a família. Foi internado aqui no Hospital e quando já estava de alta descobriram que não tinha para onde ir e nos chamaram. Fomos entender a história. Ele falou que estava na rua há muito tempo. Tinha perdido contato com a família, não tinha mais endereço de ninguém, não tinha documentos, não tinha mais nada. Começamos a perguntar: – De onde o senhor veio? Ele começou a contar, dar uma referência aqui outra ali, falar o nome de um mercado

aqui, outro ali. E começamos a fazer pesquisa, mandamos e-mails para os CRAS das regiões a que ele se referia. Só sei que descobrimos a família do homem! Era lá de Pernambuco.

Nesta ocasião estávamos em contato com a família dele para saber se queriam recebê-lo. Se podiam acolher aquela pessoa que estava perdida. Claro que a família também tem a história dela...

Quando estava tudo pronto, quando conseguimos passagem, o paciente evadiu-se do hospital. Ele estava esperando há muito tempo! É difícil, porque a gente depende de outras políticas para atender aquele paciente. Para ele retornar para a cidade dele, por exemplo, precisávamos da passagem. Não é fácil conseguir.

Um dia, quando cheguei na segunda-feira, fui procurar o paciente, e cadê? Tinha ido embora. Aí fiquei... – Ai, Meu Deus! Já tínhamos pedido a passagem...

Ele tinha dificuldade para andar, usava muletas, mas também não sabia andar de muletas. Tivemos que pedir ao fisioterapeuta para ensinar. Ele aprendeu a andar.

Chegou só com a roupa do corpo, foi tratado pelos médicos, atendido, a família foi localizada, estava com a documentação, aprendeu a andar de muleta... Era um paciente que chegou sem condições e naquele momento, com nosso trabalho, já estavam sendo dadas a ele algumas condições.

O tempo todo este paciente estava sendo orientado. Se eu fazia uma ligação para a família, falava assim: – Liguei para a sua família hoje, aconteceu isto, a sua irmã falou assim. O seu documento nós agendamos para tirar tal dia.

Eu não queria que acontecesse, mas eu sabia que aquele paciente poderia evadir-se. Todo dia eu falava que não tínhamos conseguido ainda, e eu via que ele estava cansado de ficar ali dentro... deitado... Ele não queria ficar ali dentro... A gente não obriga paciente a nada.

Ele foi embora e depois que ele saiu eu fiz umas ligações para ver se tinha aparecido em algum albergue, informava que os documentos dele tinham ficado no hospital, que nós tínhamos conseguido passagem... Entendia que nós podíamos nos ajudar (parceria de rede).

E ele não aparecia...

Fiz então um relatório sobre ele, dizendo quem ele era, que tinha família, que o contato da família era tal, e mandei para os albergues. E falei: – Se esse paciente aparecer aí, a história dele é essa, ele tem família, e os contatos dele são esses e esses.

Não trabalhei nesse caso sozinha, minhas colegas também trabalharam. Não fiz tudo sozinha.

Um mês depois cheguei ao Hospital e as meninas falaram: – Pegue o livro de plantão que tem uma informação que você precisa ler. Eu abri o livro e lá estava escrito um recado da irmã do paciente que ligou dizendo que ele havia chegado bem, que estava com a família. Eu falei: – Nossa! Fiquei muito feliz! Que bom! Que bom mesmo!

As colegas falaram que depois a irmã dele ligaria para mim. Quem disse que eu esperei ela ligar! Peguei o telefone e liguei. A irmã falou que ligaram dizendo que ele estava chegando e que ele agora estava no meio deles. Falei: – Poxa! Estou tão feliz!

Não fiquei mais mexendo neste caso, porque era uma situação resolvida, mas o que entendemos foi que alguém pegou o relatório e encaminhou. Alguém que se interessou também. Ou ele contou a história dele para alguém que o ajudou. Ele chegou!

Esse é um dos casos. Eu cito esse porque eu era muito nova ainda no hospital, e tudo isso foi muito novo. Foi muito bom para mim. Mas depois tivemos outros casos. Complexos!

O que me motiva são situações assim. A gente faz o que é possível. Não vamos salvar o mundo. Assistente social não é Jesus Cristo, mas quando acontece uma coisa como essa a gente fica muito feliz. Foi um cidadão que resgatou a sua identidade, sua história. A gente não trabalha sozinha: pergunta para o médico se aquele paciente tem condições de fazer uma viagem de ônibus, para a psicóloga se ele tem condições...

Toda vez que eu vou para o hospital eu penso nessas situações.

Mas tem outras também que são difíceis, que as políticas públicas não dão conta, que o serviço não dá conta. Ou até tem um serviço que pode acolher, mas que não contempla as necessidades do paciente. São dificuldades do sistema que não dá conta... Os serviços não são suficientes. Temos muitas dificuldades com os idosos, com as pessoas em situação de rua.

No final das contas eu escolhi o Serviço Social e deu certo.

A Saúde não foi escolha, foi oportunidade. Mas depois que comecei a trabalhar vejo que não pretendo sair.

Tem atendimentos que exigem bastante do assistente social: a questão da violência doméstica com crianças e adolescentes, por exemplo. São situações em que a gente tem que ensinar para aquelas mulheres, falar o que elas podem, a legislação que ampara... Quando a mulher aceita ajuda, né?! Às vezes a gente acaba não tendo retorno, não sabe para onde a paciente foi... Sei de casos que saíram sim do ciclo de violência.

É muito difícil o trabalho. A gente tem que ter uma estrutura para atender. Ter estrutura por conta das histórias difíceis, trágicas. Por exemplo, tem situações que podem ser semelhantes a da sua família e você não pode misturar tudo.

Outro dia teve a situação de uma família que chorava muito, porque o pai tinha morrido. Eu tinha perdido minha mãe recentemente e vi que aquele atendimento não dava para mim, porque naquele momento eu estava frágil. Nem precisei falar. Minha coordenadora já cuidou de outra colega assumir o atendimento. Não dava para mim... Quando eu falo de estrutura é porque é pesado. Quando eu fiz a faculdade não achei que fosse tanto assim. Só sabemos mesmo na hora de fazer.

O trabalho no Hospital é muito dinâmico também. São muitas situações diferentes! Tudo tem a ver com violência, mas cada um tem a sua história. Tem idosos abandonados, mas cada um com uma história diferente. Cada família tem o seu jeito... Outro dia atendi um paciente que também tinha se perdido da família. Achemos a família dele e o reencontro foi muito emocionante, na sala do serviço social.

A gente vai dando os recursos: a lei dispõe disso, os serviços oferecem aquilo. A gente faz o que pode.

A gente tem uma equipe muito boa.

Tem dias ruins. Você vem para casa mal: – Ai! Não deu certo! Tem dias em que você não quer nem trabalhar. Daí a gente pega tudo que é bom, e fica com o que é bom. O que é ruim a gente tenta melhorar quando é possível. E por aí vai... As conquistas acabam sendo maiores.

É muito bom fazer Serviço Social. Pretendo estudar mais. Talvez uma especialização na área da saúde. É muito bom trabalhar no SUS. Apesar de todas as dificuldades, é bom trabalhar numa política universal, que atende todo mundo.

Eu usei o SUS para todo o meu tratamento. Aqui na região que eu moro a gente tem um bom atendimento. Eu lembro que quando eu tive a intercorrência estava a caminho do hospital particular, mas eu falei: – Me levem para o Hospital Público. Aqui onde eu moro tem um hospital de referência. Eu me senti amparada. Foi a primeira vez que eu precisei de um atendimento grande, e não me arrependi de ter usado SUS.

O SUS tem recursos, dependendo do local. Alguns lugares tem mais, outros menos. Aqui onde moro não tive dificuldades. Faço pré-natal no SUS, embora pague plano de saúde. Como moro aqui desde os 11 anos, comecei a passar no médico nesse Posto, já conheço o território, as pessoas da recepção. Tenho certo pertencimento aqui. Eu me sinto próxima e por isto optei por fazer o pré-natal nesse Posto. Tenho o atendimento que preciso.

Tudo indica também que meu parto vai ser no SUS. Foi uma conquista, né?! É nosso. Pessoas que vieram antes de nós conquistaram.

Eu vim para São Paulo aos 11 anos, enfrentei dificuldades aqui, mas as poucas oportunidades que tive aproveitei! Consegui fazer a faculdade, me formar, passar em concurso público, estou trabalhando na área da saúde...

Essa é a minha história...

#### **4.3 A história de Letícia**

A outra assistente social que convidei para a entrevista foi Letícia, 65 anos, que trabalha há 5 anos no Hospital em que foi realizada a entrevista. Eu já a conhecia e sempre me chamara atenção pelo ânimo e alegria com que a via circulando pelos corredores do Hospital. Falante, bonita, eu diria que destoava, em um ambiente em que pairava o sofrimento, a precariedade e o cansaço nas expressões.

Contei-lhe sobre o Projeto e ela aceitou prontamente o convite, sendo que, a primeira data agendada para a entrevista foi desmarcada, pois naquele dia ela tivera uma quantidade grande de atendimentos.

Na ocasião do nosso encontro, pôs-se a contar a sua história com um contentamento visível, como alguém que embarca em uma viagem antevendo um grande deleite. “A vida é uma aventura!”

No momento em que a encontrei novamente para acertarmos o texto, Letícia disse que quando leu a entrevista ficou pensando que gostaria de escrever a sua história. “São tantas histórias!” Como a da amiga que morrera justamente quando ela estava fazendo a leitura do texto. Há pouco tempo ela tinha ido à sua casa e combinaram de ir ao litoral para uma festa. Foram e se divertiram muito. Após voltarem, a amiga passou mal, foi internada e, pouco depois, morreu. Elas tinham “uma história”. “Por isto é importante ter a história contada”. Viveram tantas coisas juntas!

Lembrou-se também de quando foi para a Sérvia. “Quando é assim, quando aparece um convite, tem que ir! Tô dentro!” “Você não vai ter o momento de novo”.

Nesse instante, como estávamos na sala em que ela fazia os atendimentos, uma paciente interrompeu. Disse-lhe que a sua sobrinha, usuária de drogas, tivera um bebê e abandonara no hospital, e ela gostaria de saber notícias. Letícia respondeu que não podia dar informações médicas, mas que podia orientá-la quanto aos procedimentos para a visita. A senhora agradeceu, sem pedir nenhuma orientação. Desistiu. Letícia questionou se ela teria realmente interesse no bebê. Ou só queria “notícias”... Disse que é preciso endurecer sem perder a ternura. Contou sobre uma prima que tivera três filhos, não podia cuidar, e as tias adotaram as crianças. “Pessoas não abandonam crianças!”



#### **4.3.1 A gente tem que se indignar! Que vida você vai ter, que papel você tem nesse mundo, se você não se indignar**

Eu nasci em Osasco. Nesta época Osasco ainda não era um Município independente. Tudo era São Paulo... De Osasco viemos para a Vila dos Remédios e então para a Freguesia do Ó, ali na Cruz das Almas. Em frente a minha casa tinha uma olaria. Víamos aquela gente batendo tijolo...

Venho de uma família de duas irmãs e quatro irmãos. A minha mãe teve 7 filhos, mas uma irmã faleceu de catapora. A gente falava catapora recolhida.

Os meus pais são do interior - de Itu. O pai do meu pai era baiano.

O meu pai sempre foi um revolucionário... Ele era muito QUERO ISSO.

A minha avó, mãe da minha mãe, teve algum problema psiquiátrico, e foi ajudada por uma prima, que foi ficando em casa, cuidando da criançada, e quando a minha avó faleceu ela ficou com meu avô. Tinha muita solidariedade entre as famílias...

Na família da minha mãe eles eram quatro irmãos: três mulheres e um homem. Quando o meu avô ficou com a prima da minha mãe, eles tiveram mais quatro filhos.

A avó da qual eu me lembro é essa: uma guerreira, briguenta.

Nessa época a gente morava em São Paulo, era tudo muito difícil. Só o meu pai trabalhava. Ele trabalhou muito. Era funcionário da Prefeitura. Minha mãe ajudava com alguma coisa, lavando roupas para fora. Mas era pouco para criar seis crianças.

Nas férias essa minha avó falava: "Pega as crianças e traz para cá (para Itu)". Íamos num trezinho... Aquela vida gostosa...

Meu avô trabalhava num curtume, próximo de casa. Itu era aquela coisa... Ela cuidava... Nós, a turminha daqui, e todos os meus primos, todo mundo se encontrava lá. Meu avô era aquele que gostava da casa cheia, todo mundo ali. Tinha

fogão à lenha... Então as minhas tias, as duas mais velhas, diziam: “Está tudo aqui, tudo quentinho”.

E na hora de ir embora das férias a minha avó fazia aqueles lanchinhos... A sardinha era muito boa. Era pão com sardinha, tubaína... A gente não conhecia outra bebida. Itu era a terra da tubaína. Lá chamam de refresco. Então a gente saía para viajar, e na hora de ir embora, lá vinha minha avó com aquele embrulho arrumadinho... Olha que lembrança gostosa!

Meu pai era um brigão.

Meu avô era um negro alto, uma bondade. E minha avó era briguenta. Era a madrastra da minha mãe, mas tinha a gente como netos e brigava. Imagina! Ai de alguém que mexesse com aqueles netos dela! Parecia uma abelha. E brigava mesmo, porque na época a questão racial era muito séria. E ai de alguém que acusasse ou fizesse alguma injustiça com um neto dela! O quê?! Ali o negócio esquentava. Mexer por uma injustiça?! Ela era assim...

Eu era muito criança, minha mãe é quem fala: ninguém podia com a boca da minha avó.

Meu avô era aquela pessoa tão boa! Calmo. Ele vinha lá do curtume, trabalhava o dia todo, e quando era à tarde vinha com aquela cesta cheia de mangas. E os netos podiam subir, descer das árvores no grande quintal. Até hoje eu não tenho medo de subir em árvore, porque a gente passava o dia naquela vida.

Itu era uma cidade com muitas chácaras. E minha avó era aquela pessoa prestativa. Chamavam minha avó de Nhá Chica. O nome dela era Francisca. Ela brigava por todos, pelos vizinhos. E minha avó faleceu com oitenta e tantos anos. Era muito animada, gostava de dançar. Já adulta eu ia com minha mãe para Itu, a minha mãe ficava cansada, gostava de ficar lá... Eu falava: “Gente!”. Minha avó queria dançar.

Aos setenta, quase oitenta, ela tinha um namorado. Gostava de encontrar a turma dela e ir para o baile. Perguntava: “Vocês querem ir?”. A minha mãe falava: “não”. Ela dizia: “Então a velha já está indo”. Colocava uma calça branca... Adorava tudo!

Quando minha avó faleceu os boêmios da cidade fizeram uma seresta, discursaram – “Lá se vai nossa amiga...”. Foi uma coisa! A minha avó quebrou os protocolos. Se relacionava com crianças, adolescentes. Não tinha essa história. Eles adoravam minha avó! A casa dela vivia cheia.

Hoje tem lá a tia Cida, a tia Isabel – por parte de pai – e a tia Rute, por parte de pai e mãe. Em Itu ainda! Quando a família se junta é muita gente, eles dão muita risada! Família alegre...

Do lado do meu pai só conheci um irmão dele – o tio José. O meu pai tinha uma pele mais escura, e o meu tio pele bem clara. Então tinha uma mistura de raças. Ele falava do meu avô Inácio, que eu não conheci. Meu pai dizia que quando os pais faleceram, e ele tinha determinada idade, se mandou para a cidade. Meu pai era um negro bonitão! Imagina! Ele trabalhou aqui na Lapa, no final do viaduto. Ali tem uma Drogasil, tem um larguinho... Antes parecia interior. Se a gente pegar a década de 60, ali tinha uma cabine telefônica da Prefeitura. Meu pai teve muito tempo trabalhando ali, olhando todo aquele movimento, namorando bastante! Meu pai era altivo!

A gente era criança quando ele trouxe uma mulher para casa. A gente ficava olhando... “Mas gente!”. E minha mãe tudo bem. Ficou aquela mulher em casa, por um tempo, até se organizar. Meu pai ali... Meu pai era muito jovem de espírito!

Quando se aposentou da Prefeitura meu pai falou para minha mãe: “Estou aposentando, vou para o interior plantar. Aqui está o endereço”. Minha mãe era uma mulher do seu tempo, percebia alguma coisa e não falava. Essa “plantação” é que ele foi morar com outra família. E deixou endereço! Minha mãe falou: – Você não quer ir até lá? Eu fui. Chegando lá reconheci a mulher, que já tinha uma filha de três anos. Meu pai tinha setenta. Meu pai, um idoso, arrumou uma filha!

Acabou sobrando para a minha mãe, porque a menina veio para minha casa. Minha mãe colocou a menina na escola. E meus irmãos olhando torto... Minha mãe dizia: – Tem que ajudar. Ajudou. E depois ainda nasceu mais um menino, mas esse não veio não. A menina tem vínculo com a gente até hoje.

Meu pai sempre foi assim. A questão da política... Eu tenho muito do meu pai, porque eu era criança e meus pais sempre gostaram muito de música. Então em

casa a gente ouvia muito! Tinha um rádio e eles adoravam os programas de música ao vivo. Então a gente acordava no domingo ouvindo aqueles programas. Aquelas músicas antigas. Silvio Caldas, Araci de Almeida... O meu pai era músico. Tocava violão. Em casa tinha muitas serestas e minha mãe fazia lanches para todo mundo.

A gente ia numas festas! Fomos a uma, numa chácara, tinha um terreiro, os violeiros tocavam... Era festa de São Gonçalo. Tinha muito a questão das festas negras, com as rezas. Meu pai em casa continuava a festa. Tocava por prazer com amigos músicos. Trabalhava na Prefeitura, mas tinha os grupos, tocava, cantava. Eu cresci ouvindo música em casa.

Desde cedo eu já trabalhava em casa, aprendendo os afazeres e a cozinhar. Cuidei do filho de uma vizinha perto de casa; levava marmita quentinha para a filha de outra vizinha, que trabalhava numa empresa do bairro e recebia por esse trabalho, que ocorria após o horário da escola.

Aos 13 anos fui trabalhar sem registro em uma empresa, e aos 14 anos tive o meu primeiro emprego registrado: fui trabalhar numa malharia na Lapa. Meu pai dizia que tinha que trabalhar. Eu encontrei o emprego, minha mãe foi comigo assinar e eu fui trabalhando. Os patrões eram espanhóis e como eu era toda desse jeito mesmo que sou hoje, e falava bastante, me tiraram e puseram numa loja para vender. Eu adorava aquele lugar! Vendia coisas, desmontava tudo...

De lá eu entrei nos Correios. Foi em 1971 e eu peguei o último Coronel. Eu tinha 18 anos. Fui trabalhar no telex. Cheguei lá e encontrei um povo totalmente diferente. Eram todos formados, intelectuais. Eu vinha dessa coisa de criancice e caí num ambiente totalmente intelectual! Encontrei gente maluca de tudo que era jeito! Na hora do almoço era uma contação de casos... Era cada história! O Abel contava que foi marinheiro. Dizia: – Letícia, você ainda não furou essa orelha. Vamos lá! Furei a orelha nos Correios! Meu pai não deixava, morria de dó e eu fui furar nessa idade! Com o Abel...

As pessoas me marcaram... Tinha uma moça que era secretária, toda assim... Era de Recife. No meu setor éramos eu, a Cida – uma negra –, o meu chefe – que trabalhou na aviação –, e o Robson. O Robson era um professor de português. Eu ficava encantada! Meu chefe estabeleceu que pela manhã a gente entrava e

estudava português com o Robson. Concordâncias... Não tinha google... Tudo correto... Além disso ele datilografava as letras de música - era boêmio-, contava mil histórias, e adorava as músicas antigas. Letras das músicas do Silvio Caldas... Ele tinha a idade do meu pai... Professor Robson... Ele entrava com uma caixinha e tictictictic: “Debaixo daquela jaqueira, que fica lá no alto majestosa. Onde se junta a turma da Mangueira, que se engalana com suas pastoras formosas”. Ah!... E lá ia eu... Eu tinha a letra de tudo!

E nessa conheci o Levi, um filósofo, formado pela USP, que questionava tudo. Falava sobre a revolução no mundo, sobre as guerras na África... Eu dizia: – Mas Levi, eu morro de medo de ir para a União Soviética! Só de pensar em ir lá tenho a impressão que vão me metralhar! Ele falava: – Letícia... Daí me deu uma revista de Leningrado, dos balés... Falei: – Nossa! Levi, eu posso ir para lá?! – Com certeza, ele dizia. Fui conhecendo cada coisa... Foi esta coisa da descoberta, você encontrando pessoas, esse Brasil despontando!

Fui estudar numa Escola do Estado que era AQUELA escola! Minha professora de matemática... Porque a gente apanhava com a matemática! No primário era de um jeito, e daí mudou para a tal da matemática moderna. A Eloisa, essa professora, levava toda a turma para a casa dela. Lá tinha uma mesona, ela colocava todo mundo em volta, e ensinava. Quando chegava a recuperação todo mundo era brilhante!

Fiquei nos Correios uns 9 anos. Era muito legal, mas era difícil também... Coisa de Coronel...

Nesse período me casei, iniciei a faculdade, mas tive que interromper. Eu fazia Letras. Era uma coisa que achava maravilhosa! Achei que ia ser essa coisa de descobrir a essência de tudo. Quando eu chego lá na Universidade... Gente! Não tinha nada a ver com aquilo. Pensei: estou cansada. Tranquei e parei um pouco.

Nesse tempo eu já estava militando nos movimentos sociais ali na Freguesia. Movimento Panela Vazia, e tudo mais. Ao mudar para a Vila Herminia, um bairro próximo das imediações onde eu e o Roberto conseguimos comprar nosso terreno, comecei a cobrança, me juntei com os idosos da região. “Vamos melhorar esse lugar aqui”. Comecei a brigar pelas melhorias. E eu tinha um espelho que era meu pai

brigando pelas coisas. Meu pai, minha avó. Minha mãe era a calma, que sabia ouvir. Eu conversava com meu pai, e era essa coisa... Não tinha medo. Meu pai falava: – Medo prá quê?! Cara feia para mim é fome. Ele dizia: – Não tenha medo de cara feia! Vá em frente. Lá fui eu... Trocava muito com ele. Ele e minha mãe ficavam com os olhos brilhando. Eu era pior do que uma crica ali cobrando. Os velhos de onde eu morava... Nossa!

Quer coisa melhor?! Eles eram simples, não tinham habilidade. A gente começava tudo e eles movimentavam. Deu aquele caldo!

Quando começaram as Diretas Já eu fui participar do Conselho Estadual da Comunidade Negra. Como um touro lá estava eu dentro de um Conselho. Eu era fascinada! Meus olhos brilhavam pelas histórias! Ia para as escolas discutir as questões raciais. Pensa bem nisto! Participei da campanha das Diretas, fazendo palestra nas escolas! Falando desse Brasil, desses vários “Brasis”, como dizia o professor Helio Santos, único negro escolhido para a Comissão Constituinte. Um país extremamente moderno, e por outro lado um povo que não tem comida.

Escolhi Serviço Social porque, poxa! “Que Brasil é esse?”. Desigual. Eu me enfiei! Tanto que gosto de Direito, mas minha opção foi Serviço Social.

Quando eu cheguei na Universidade – fui para a FMU – com essa leitura de mundo... Cheguei lá e pronto! Me escolheram como representante do Serviço Social. Elas falavam: – Letícia, você está chegando na porta, atrasada, a conversa está rolando e você entra e dá opinião sobre qualquer coisa. Elas não entendiam...

Então foi bárbaro. Adorei o curso.

Depois disso fui trabalhar efetivamente como assistente social no SOS Criança.

No SOS eu era educadora social. Lá tinha o pessoal que trabalhava na rua fazendo abordagem. Eu trabalhei primeiro num setor que chamava Retorno, para atender crianças que voltavam ao SOS. Depois acabei indo para a Família.

Encontrei então uma grande amiga, Márcia, psicóloga, que me chamou para trabalhar num projeto. Eu nunca tive problemas em conversar com diretor, com o papa, com nada! Esse era um projeto pedagógico de uma rádio alternativa dentro do

SOS. Foi montado um estúdio, pelo Mirandinha, um profissional com experiência de rádio e TV, com acústica própria e som. Fiquei encantada, porque era uma rádio alternativa! Isto foi em 1995. As crianças não queriam ir para a escola formal. Ficavam pela Praça da Sé, fumavam... Como atrair essa criança? A rádio foi uma sacada legal! A criança ouvia a música - tinha lá uma música do grupo Catinguelê: "Lua vai, iluminando o pensamento dela...". Essa música tocava umas trocentas vezes pelo microfone da rádio! As crianças falavam: – Eu quero a música da lua. Falávamos, vai lá, pede para a professora. Desta forma elas iam aprendendo a escrever.

A abertura da rádio era às sete horas. "Bom dia!". Depois tinha entrevistas com dentistas, outros profissionais... Todos falavam: as crianças, os líderes e os profissionais do serviço (historiadores, filósofos, dentistas, médicos, psicólogos, assistentes sociais e demais trabalhadores do local).

Por conta deste projeto fomos convidados para um encontro internacional sobre educação. Nesse lugar encontramos o Paulo Freire e fomos conversar com ele. Convidamos para que viesse à rádio e ele veio. As crianças fizeram bolo para ele... Conversaram... E ficaram impressionados pela forma como ele se colocava no lugar delas, sem o menor protocolo.

Depois desmontaram o SOS. Foi um desmonte! Foi terceirizado esse serviço e ficou todo mundo sem emprego.

Teve então uma contratação na área da habitação e foi todo mundo para lá. Diagonal, se chamava a empresa. Acontecia assim: numa remoção, por exemplo, quando moradores eram retirados de uma área de risco e transferidos para prédios, a Diagonal mandava os técnicos antes, para discutir com o pessoal as condições. Tínhamos historiadores, filósofos... Fui conhecer esse mundo da habitação. Eu fui trabalhar no pós-uso. Eu recebia aquele povo, com a mudança chegando. Fazia reuniões... Trabalhei no projeto Cingapura; na zona sul; no Piqueri e na zona leste, onde tinha um Cingapura enorme, com mais de 32 prédios. Lá tinha *gangs* organizadas de roubo de carga. E a gente sabia quem era quem. A gente chegava e eles ficavam todos ali, de olho... Às vezes nos avisavam: – É melhor vocês não entrarem hoje! A gente tinha uma salinha de atendimento. Foi muito interessante!

Você tinha que saber que era uma educadora, não polícia. Se o cara faz isso ou aquilo, não era seu assunto. O que interessava era como morar, quais as normas.

No Cingapura da zona oeste teve uma situação bem engraçada. Perto da ponte João Dias... Eu ia para uma reunião... O motorista levava a gente. Nosso motorista era o Nelson. Um dia ele falou assim: – Olha, Letícia, eu ouvi aí o povo falando (ele dava uma que estava dormindo na perua, mas ouvia a conversa) que na reunião a coisa vai pegar. Eu falei: – Ah! É?! Tudo bem. A reunião normalmente era no apartamento de um morador. Nesse dia a gente fez no *hall* do prédio. Começou a reunião, eu falei – Oi gente, boa noite e tal... E disse que eu sabia que eles tinham muitos problemas com a Prefeitura, com a legalização dos apartamentos; que eu sabia que tinha venda ilegal de apartamentos; mas que eu não estava ali para tirar morador de apartamento que não estava legalizado. Disse qual era a minha função: que estava ali para organizar a moradia, o dia a dia de quem estava morando. O Nelson ficou ali... Chegaram uns caras estranhos... Fiz uma reunião de organização e foi tudo bem.

Tem coisa que você tem que saber bem do que se trata, fazer a leitura, e estar preparado para dar a resposta.

Depois disso eu passei no concurso da FEBEM. Fiquei um tempo trabalhando com crianças carentes. Vim trabalhar no Baby Barione com esporte, um projeto com parceria de grandes nomes.

Trabalhei com várias crianças... Com grupo de irmãos que foram para o Sampaio Viana... Pensa bem um grupo de irmãos! Sofri muito nessa época. Você pega essas crianças, que estavam em algumas instituições, uns visitando os outros, com critério para não perderem o vínculo, e coloca todo mundo nesse local! Vai desmontando os lugares.

Eu me lembro de duas irmãs que acompanhei na Água Branca. O problema era desmontar o preconceito das escolas. Foram matriculados em escolas de Perdizes e toda hora, caiu um prego, foi a menina. A questão era domar essas diretoras, coordenadoras. Gente! É uma criança! Não dá para levar este estigma!



No Baby o trabalho era assim. Eles ficavam morando nos alojamentos, acompanhados 24 horas pelos nossos funcionários, praticando esporte e frequentavam escolas da região.

Tínhamos um menino com uma deficiência leve, do Itaim Paulista, o Itamar, negro. Dava uns abraços grandes... Não era para entrar na piscina, e lá estava esse menino. Nossa luta era tentar aproximar essas crianças da comunidade que ocupava o equipamento, da comunidade local e da família.

Alguns foram para casa, outros foram adotados, teve adoção internacional também. Tuany era uma pequeninha de uns 8 anos, que foi adotada por um casal de italianos. Depois recebi foto dela: a menina já tinha crescido, esquiando lá pela neve.

E outros...

Outro só tinha um pai lá em Carapicuíba. Quando estávamos trabalhando esse vínculo... Lembro muito! O menino era o Waldemar. Terrível, briguento, 10 anos, mas pequeno. Na hora em que estávamos trabalhando o vínculo... Porque era assim: o menino dava muito trabalho lá na periferia e o Fórum mandava internar. Assim o Waldemar chegou... Era uma graça, organizado. Todo bonitinho! Uma liderança na turma! E quando ele ia retornar para o pai, esse sofreu um infarto e morreu.

A equipe foi toda junta falar com o Waldemar: "Vamos tentar segurá-lo!". Ele pulou todo mundo, correu naquele Ibirapuera gritando, gritando, quando gritou tudo, voltou. Conversamos, chorou muito... Explicamos que tinha sido assim. Fomos com ele ao cemitério. Compramos flores e lá fomos de perua com os amigos que ele escolheu para acompanhá-lo.

A gente aprendeu muito...

Aí foi o finalzinho desse projeto, desmontaram tudo e fomos para a Raposo Tavares. Lá era um projeto de esportes com apoio da Globo, não sei que... Vila dos Atletas... Mas que tristeza... Eram muitos empresários... Era a Vila Olímpica... Que também foi desmontada...

A minha preocupação era a separação dos irmãos. Tinha um grupo de sete irmãos e eu não dormia pensando nessas crianças. Dois estavam numa casa que também ia fechar, mais dois em outra. Corri com esse caso. Tinha o SOS Aldeia, lá no Riacho Grande. Fiz relatório, e consegui mandar o grupo de irmãos para lá... Fui com eles.

A FEBEM tinha uma história de que esses carentes iam para as instituições e ninguém ia procurar os pais.

Eu tinha dois irmãos, o Célio e a Vanessa. O pai faleceu, a mãe sumiu... Eles tinham um tio, casado com uma moça jovem, que morava em Mairiporã, e não se decidia sobre as crianças.

Eu sempre fui inquieta.

Um dia peguei os familiares desse menino, investiguei, e com essas pistas fui um sábado para Mairiporã, local onde se encontrava a mãe deles. Era um lugar chamado Água Preta e lá, com aquelas pistas, andei, procurei, e olhe... Com chuva, subi morro, desci morro, e encontrei numa chácara essa mãe com seu companheiro e duas filhas pequenas. Aceitaram os meninos! Gente muito simples...

O outro caso foi de uma adolescente cuja tia morava em Jequié. Cláudia... Falei com a Câmara dos Vereadores, expliquei que ela tinha se perdido. Claro, não vou contar que veio parar na Praça da Sé. Tem preconceito... Dali a uma semana disseram que tinham localizado a tia. Lá fui eu levar a menina para Jequié.

Tudo combinado, fomos de avião até Ilhéus, daí pegamos um ônibus até a tal da cidade. Ficamos à noite num hotel, e de manhã o encontro era na rádio da cidade! O encontro da menina com o representante da Câmara e a entrega ao seu responsável. De Jequié arrumaram um carro para nos levar até onde a tia morava. Andei até de cavalo! Conversamos com o coordenador da educação que perguntou se ela usava droga. Eu disse “nãooo”. “Cláudia, cê já viu como é aqui. Fique bonitinha aí!”

Para mim a vida é isso aí!

Daí fui trabalhar com os meninos privados de liberdade. Levei um susto. Não é fácil entrar naquele quadrilátero. Levei tempo...

Quando terminou o programa de esportes, fui para lá.

Antes vim trabalhar com as meninas aqui em Taipas. Daí soube que na história das internações, só apareciam os meninos. Na FEBEM não tinha nada para as meninas. Usaram até cueca, por um bom tempo. Então é uma história de mulher não ter lugar naquele universo. Vinham de longe. Por falta de oportunidades, de políticas públicas. E na hora de devolver... E aí? Muitas histórias...

Daí nesse lugar, no dia 20 de novembro, fizemos a Semana da Consciência Negra. Um trabalho conjunto com professores da rede. Primeiro um culto ecumênico: um padre, um pastor, uma mãe de santo. Gente! No dia de buscar o motorista falou: – Letícia, não vai dar briga não este povo todo junto? E foi uma semana de leitura, discussões. As meninas ficaram encantadas!

Daí fui para o quadrilátero. Demorei para entrar naquele lugar! Fui trabalhar com meninos em primeira entrada. Cada história! Era tanta violência, tanto desrespeito! Eu falava: – O que faço com vocês é a pedagogia da sobrevivência. Vocês cometeram um crime, vão ficar aqui e têm que ter sabedoria. Conversávamos muito. Era muito legal!

Eu saí quando já estava aposentada, e começaram a querer que os aposentados fossem mandados embora. Nesse dia, em 2008, eu tinha atendido os meninos, feito acordos... O meu chefe me chamou – era sexta-feira no final do dia – e disse que eu estava dispensada. Deixou para me comunicar isto às 4 horas da tarde. Aí eu falei: – Tudo bem. Chamei o coordenador, pedi para reunir os meninos, e aí falei para eles: – Olha, gente, quero comunicar que vou sair, porque estou aposentada. Estes meninos choraram tanto! Eu tinha ido para a África e contava para eles as histórias! Os olhos desses meninos brilhavam! Tinha trazido as roupas, as fotos, tudo para eles! Contado dos costumes. E nesse dia eu falei, porque acho que temos que ser verdadeiros. Eles não iam entender se eu sumisse. Falei: – Adorei trabalhar com vocês e espero que nunca se esqueçam de tudo que conversamos. Vocês são maravilhosos! Falei! Caracas, né! É preciso falar. Nunca tinha sido desrespeitada por eles. Quando você é verdadeira o outro também é com você.

A mesma coisa aqui. Não é porque você ganha mais ou menos que tem que trabalhar pouco! Coisa horrível! Se você não pode ficar numa coisa, não fique! Tem que ficar com compromisso! Fiquei aqui porque eu gosto.

Quando já estava trabalhando aqui, me chamaram de novo para trabalhar lá no Quadrilátero. Fiquei uma semana lá, lendo aquela regulamentação. A criança vem, vai ter documento, vai ter não sei o quê, mas só aquela coisa burocrática. Só pró-forma... Tem que ter tudo isto em dois dias, mas e daí? Quando ele volta para casa vai encontrar o quê?! Era o tal do PPA do menino, o pessoal todo trabalhando engessado.

Não tive problemas em trabalhar na Saúde. As coisas são muito iguais. As políticas... As pessoas precisam ser ouvidas, você precisa olhar para elas, entender o recado.

A gente atende muito mulheres vítimas de violência. Atendi uma ontem. A gente se coloca no lugar da mulher. Num relacionamento com um homem isso é terrível... Dezesete anos de relação! Aquele choro que são tantas outras coisas. Cai a máscara...

A gente é muito boba... Ela tem um filhinho de 3 anos e mora com ela um rapaz de dezessete do primeiro casamento do marido, e ela acha que tem que dar conta de cuidar desse adolescente. O marido bate nessa mulher na frente destas crianças! A gente tem que se indignar! Eu aprendi que na vida se eu não me indignar é melhor... Que vida você vai ter, que papel você tem neste mundo, se você não se indignar.

A cada dia eu falo: – Nossa! Eu fico assim com a mesma surpresa das coisas. Não dá para achar que tudo é muito normal.

Acho que é preciso acreditar num mundo possível, que me faz levantar e vir trabalhar. Um mundo mais humano. Se não acreditar...

E você encontra pessoas que se lembram de você!

Eu lembro que na minha separação... Pensa bem! Foi exatamente tumultuada! Eu estava no Fórum da Lapa. Já tinha ido duas vezes, porque meu marido não queria separar-se. Eu lembro quando fomos ao Fórum – por isso me

coloco no lugar de qualquer pessoa quando fala de relacionamento. Na nossa segunda ida, o juiz era muito legal, e quando eu saí me deu uma crise de riso. Deu uma coisa de liberdade! Gente! Aí encontrei com uma moça que estava tremendo, muito nervosa e eu disse: – Querida, entrega... Disse palavras de autoestima, e fui embora. Muitos anos depois encontrei essa moça no Centro tomando um lanche. Ela falou: – Lembro de você! Aquilo que você me falou eu nunca esqueci e me deu força para enfrentar a situação.

Acho que é isso: a palavra na hora certa. Uma força. Tem coisas que alguém lhe diz num momento, e nossa! Acho que é isso de se colocar no lugar do outro.

Quando o Roberto (ex-marido) teve AVC, ia com ele ao Hospital e não era igual aqui. Era burocrático. Tinham que conhecer essas colegas daqui! O profissional não estava entendendo!

Em toda equipe é assim. De todas as áreas profissionais. Falta compromisso de a a z. Eu não posso ficar num lugar em que faço as coisas pela metade. Em que não estou nem aí. Posso ser voluntária e ter o mesmo compromisso.

Tinha um promotor que antes da gente perguntar algo, ele é que vinha querer saber: – O que você acha disso? É isso que tem que ser. Puxa vida! Estamos direto no enfrentamento! Ele está distante. Falta querer saber.

Venho de uma história em que gente não pode perder nenhuma informação. A informação é preciosa. Eu percebo que não dão valor para as informações. Você vai trabalhar num plantão e tem que narrar tudo! Num hospital a pessoa tem um cadastro, não existe preocupação de refazer esse cadastro. Tem que sempre perguntar: – Alterou alguma coisa? Você topa com dados que não batem mais. Informações têm que ser precisas.

É questão de comprometimento. Quando a equipe é redonda vai bem. A colega fala e flui.

E tem dificuldades mesmo. Eu trabalhava num grupo de 35 técnicos em que às vezes tinha divergências. É assim. Agora uma que não fala com a outra, não dá, né! Eu falo com todo mundo. Eu almoço com um hoje, almoço com outro amanhã. Não tem problema ter divergência. Depois almoço só. Almoço com todos. Amo isto! Amo esta história!

## 4.4 A história de Dora

A outra profissional convidada para ser colaboradora desse Projeto é Dora, 50 anos, assistente social, que trabalha nessa Unidade há 2 anos. Eu já a conhecia de um curso que fizéramos juntas e me chamara atenção as suas observações sempre muito sensíveis sobre o trabalho que realizava, assim como, a sua escuta delicada do outro.

Dora aceitou o convite, mas me pareceu reticente... Não acreditava que pudesse contribuir. Disse que tinha pouca experiência e que talvez outra colega tivesse mais a oferecer. Eu afirmei que gostaria mesmo de entrevistá-la.

Marcamos dia e hora para nos encontrarmos e na data agendada, lá estava ela pontualmente. Com delicadeza, começou a contar a sua história, que me pareceu, em alguns momentos, atravessada pelo arrependimento em relação ao que não fez ou ao que adiou.

Quando voltamos a conversar, para fazer o acerto do texto, disse que ficou muito emocionada ao ler a sua história. Que havia conversado com outra colega, que também havia sido entrevistada, e comentaram que contar a própria história era uma "terapia". Contou-me que desde o momento em que eu a convidei e explicitiei o Projeto de Pesquisa, ela começou a pensar, a lembrar... O seu caminho não foi "em linha reta". Isso faz parecer que perdeu tempo, perdeu coisas... mas está aqui para contar! Foi um "caminho torto", mas com muitas experiências. Sabe agora que tem tempo e pode escolher o que fazer. Ver a sua história "por inteiro" deu um sentido diferente.

### 4.4.1 Aí a vida...

Sou de São Paulo mesmo, de uma família de 3 irmãos. Vivíamos com meu pai e minha mãe. Uma família simples.

O meu pai, se eu fosse considerar hoje, seria um empreendedor. Naquela época – eu estou com 50 anos – não existia essa palavra. Um empreendedor desorganizado, que não pagava as contas. Então ele abria um negócio aqui, de repente já tinha outra oportunidade e abria ali. E aí num determinado momento, quando eu já estava com 18 anos...

Era uma vida econômica muito atribulada. Uma hora tínhamos dinheiro, outra não.

E minha mãe uma dona de casa. Muito ligada à casa...

Fiquei pensando um pouco nessa questão da escolha profissional... Refletindo...

Minha mãe talvez fosse de outro jeito uma assistente social. Eu me lembro da minha mãe desde pequena sensível, com um olhar sensível às coisas que não estavam boas para ela.

Eu lembro que uma vez a gente viajou para o interior da Bahia e ela trouxe de lá uma menina que tinha uma deficiência. Essa menina fez um tratamento no Hospital das Clínicas e hoje é uma mulher, casada.

Num outro momento a minha mãe trouxe um menino de uma comunidade, que ela ficou sabendo que tinha Síndrome de Down. Trouxe para a casa dela, o menino fez cirurgia do coração e hoje ela é madrinha dele.

Eu me lembro dela, no bairro onde a gente morava, que tinha pessoas mais pobres, simples, sendo uma orientadora dessas questões sociais. Pensando nisso agora, e na motivação para o meu trabalho, talvez eu inconscientemente tenha isso da minha mãe...

Mas eu competia com as crianças... Eu tinha ciúmes... Eu lembro quando ela trouxe a menina da Bahia, que tinha a mesma idade que eu, como eu fiquei com ciúmes!

Outra vez, quando eu ainda era criança, chegou na porta da minha mãe uma senhora com os filhos que vinha fugida da Bahia por conta de agressões do marido. Eu me lembro dela ajeitando isso tudo.

E que interessante... Já na faculdade eu ouço uma aluna dizendo o seu nome, que era bem diferente. Perguntei: “Você é filha da Maria?”. Era! Era a filha da senhora que foi agredida e a partir daquele contato inesperado houve o reencontro da minha mãe com a Maria, que ainda hoje se visitam. Tem toda uma coisa assim...

Caminhando nessa coisa incerta da vida profissional do meu pai... Quando eu estava com 18 anos... Eu estava estudando. Com muita dificuldade minha mãe conseguia pagar o cursinho para mim. Eu queria fazer Direito.

Com 18 anos meu pai morreu. Num acidente. Uma máquina de outro negócio que ele estava montando explodiu, e a serra pegou bem no seu coração.

E aí a vida da gente... Virou do avesso.

Eu me lembro que no dia em que ele foi enterrado eu vi no jornal o resultado do vestibular: havia passado para fazer Direito na PUC. Eu não tinha passado na FUVEST, fiquei triste por isso, e esperava o resultado da PUC. Foi nesse dia...

Aí a vida...

Minha mãe conseguia manter a vida da gente, mesmo nessa dinâmica instável do meu pai. Pagávamos aluguel de uma casa maior, mas nesse momento tivemos que ir para um quarto e cozinha.

Quando meu pai morreu, minha mãe se viu com 3 filhos, sem dinheiro... Meu irmão também não trabalhava. Estava procurando emprego, começando. O meu sonho de estudar...

Naquela ocasião era mais fácil conseguir trabalho. Eu lembro que fui trabalhar num banco. Todo mundo foi trabalhar. Menos a minha irmã, que tinha 15 anos e foi terminar o colegial. Inclusive a minha mãe foi trabalhar.

O primeiro emprego que a minha mãe conseguiu foi como auxiliar de farmácia num Hospital. Ela nunca tinha trabalhado. Não sei como ela foi para lá. Eu me lembro da minha mãe comentando sobre o trabalho, como as pessoas eram solidárias umas com as outras nas dificuldades... E minha mãe foi trabalhando... Depois trabalhou no PAS, e encerrou a vida profissional dela como auxiliar de farmácia. Foi esse trabalho que deu tudo o que ela tem hoje, uma aposentadoria tranquila.



Com 18 anos então eu deixei o sonho de ser advogada.

Eu já namorava e com 25 anos me casei. Foi quando voltei a estudar.

Trabalhei algum tempo no banco e depois fui trabalhar num hotel. Meu irmão trabalhava nesse hotel e estava precisando de alguém na área de Recursos Humanos. Naquela época não se falava em Recursos Humanos, mas em Departamento de Pessoal. Eu fui trabalhar com isso. Éramos eu e outra moça. Fazíamos pagamentos, dávamos uniforme, e também mediávamos conflitos. Eu sempre me interessei por isso: por histórias de vida. Sempre gostei de escutar. Sempre gostei de trabalhar com pessoas.

Daí fui para a faculdade e comecei alguns estágios.

Fiz um estágio numa indústria e não me adaptei muito. Era um ambiente maior, tinha essa questão da concorrência. O ambiente corporativo, privado, eu acho muito competitivo. Eu me achava tímida, e sentia que não conseguiria sobreviver num ambiente assim. Nós fazíamos a parte de benefícios e trabalhávamos com recreação: férias das crianças, lazer dos funcionários. O trabalho não me encantou tanto. Não sei se pelo ambiente...

Depois disso teve um corte. O que foi que aconteceu?

Casei com 25 anos. Meu marido foi desenvolvendo uma carreira de tecnologia no banco e a prioridade era ele, porque ganhava mais e trabalhava muito também. Acho que a minha vida foi sempre pautada muito em cima disso: do trabalho dele. Ele continuou no banco, se desenvolvendo, e mantém essa carreira de executivo até hoje.

Num determinado momento, quando acabei a faculdade entrou a questão da segurança financeira. Eu não tinha grandes ambições financeiras... Qualquer coisa para mim era lucro diante do sofrimento que tinha visto da minha mãe uma hora ter, outra não. Eu estava buscando concursos públicos.

Quando eu falei que tinha um corte... Nós estávamos com trinta anos, não tínhamos filhos ainda... Aí meu marido falou que o primo estava abrindo uma pequena empresa de temperos e queria que eu fosse trabalhar com ele. Eu me

formei em 1985. Quando foi em outubro de 1986 eu já estava envolvida nesse negócio que não tinha nada a ver comigo.

Daí eu me arrependo. Fui covarde. Tinha medo de não conseguir trabalhar, de não conseguir o concurso. Eu não devia ter aceito... Porque teve um corte. Fiquei quatro, cinco anos trabalhando com isso, até quando engravidei do meu filho.

Daí não quis mais trabalhar. Eu tinha demorado nove anos para engravidar. E quando meu filho nasceu eu não queria, não conseguia...

Quando ele estava mais ou menos com 5 anos, e já frequentava a escola, foi quando me senti sozinha. Meu marido trabalhava muito e eu estava cansada da rotina doméstica.

Então surgiu um concurso para o Tribunal da Justiça. Estudei muito! Eu tinha a referência de uma professora que me encantava quando falava do Serviço Social Judiciário. Aí eu prestei concurso e entrei. Atuei como assistente social judiciária por 4 anos. Eu gostei bastante. Mas eu tinha uma habilidade muito boa para escutar, e não para a escrita. Porque os relatos das pessoas são muito complexos, são histórias de vida, e me extenuava muito, porque eu não era ágil naquilo. Mas eu não saí por causa disso. Saí porque sofri um acidente...

Um acidente muito grave de carro, indo trabalhar. Fiquei dois meses internada e aquilo mudou muito a minha vida. O meu filho estava com nove anos. Eu quebrei a bacia e fiquei sem poder descer da cama. Fiquei olhando para o teto. As pessoas lavavam meu cabelo na cama. Fiquei internada no Einstein. Isso foi uma mudança de vida muito grande para mim. Ali eu me vi sendo atendida, alguém dando banho em mim, precisando de ajuda para as necessidades fisiológicas... E mudei muito a forma de olhar a vida.

Quando eu voltei a trabalhar eu já estava desgastada, porque no serviço do Tribunal, como aqui na Saúde, quando você esbarra nas políticas públicas, é muito difícil. Uma criança, por exemplo, que vai mal na escola, que agride, vai para a Vara da Infância e Juventude. Você começa a acompanhar aquela criança. E quando você vai ver, não tem política pública que dê conta das necessidades dela e da família.

Por exemplo, eu atendi uma moça que tinha problemas com os filhos adolescentes. Veio para a Vara da Infância justamente por isso. Quem cuidava deles eram os avós. A mãe tinha saído da penitenciária, engravidou de gêmeos e precisava de creche. E a vaga na creche não saía, não saía... Ela depois voltou a traficar e foi novamente presa. Ficava sem retaguarda para dar conta de tudo isto...

Quando eu voltei do acidente eu fiquei um mês e falei: - Não. Não quero mais isto. Aí eu fiquei em casa e quando o meu filho estava com 13 anos, já me sobrava tempo e eu me sentia fora do mundo. Foi quando saiu o concurso da Saúde e pensei: vou prestar. Eu estudei, estudei, e consegui entrar. Vim trabalhar aqui. No mesmo hospital em que fui atendida por ocasião do acidente.

Tinha interesse em ser da Saúde, talvez, pela referência da minha mãe que já tinha trabalhado em um Pronto-Socorro, e eu achava aquilo legal. Ela falava das colegas. Tinha uma colaboração, uma fazia plantões para a outra, havia solidariedade. Não sei dizer o porquê, mas aquilo me encantava.

E você acredita que eu gosto daqui! Em que pese todos os problemas, eu venho feliz trabalhar.

Eu nunca tinha ido a um hospital público até sofrer o acidente. Quando chegamos, tinha uma assistente social orientando o meu marido. Eu fiquei o dia inteiro nesse Hospital. Eu senti o impacto. Dali eu fui para o Einstein.

Todas às vezes, ainda hoje, em que eu percebo que chegou um paciente acidentado, eu sempre paro e pergunto se quer que avise alguém. Eu tenho esta solidariedade a mais, talvez. Esta sensibilidade com quem é acidentado, porque você fica lembrando... Você está ali sozinho na estrada e lhe colocam na ambulância... Aí eu vivi na pele chegar a um hospital público precário, olhei aquilo, aquela luzinha dependurada num bocal... Não tinha recurso...

Quando eu cheguei aqui eu encontrei o que estava buscando. Eu queria o grupo, queria contato social. Uma equipe. E a gente tem isto no setor. Eu me sinto acolhida, integrada. Acho que eu tive a sorte de ter vindo para um lugar de pessoas comprometidas, que têm afinidade. Não tem ninguém ali que a gente estranhe tanto. Todas têm as suas diferenças de personalidade, mas a gente caminha numa harmonia.

Acho que um choque foi a posição que o médico assume na equipe. No judiciário não discordamos das determinações do juiz. Aqui me causou estranheza a coisa do médico também ter esta postura de autoridade. Achar que é melhor do que a gente. Senti um certo estranhamento aí. Deveriam ser todos colegas. Acho que eles não nos veem com tanta importância. Seria uma troca, mas a gente vê que não tem esse reconhecimento. Com alguns a gente sabe que pode ter essa troca, que nos escutam, com outros não.

Acho que como o assistente social anda em todos os lugares do Hospital, percebo que os profissionais muitas vezes ficam com o seu grupo, não gostam de trocar muita informação. Não é muito integrado. A gente sabe com quem pode contar ou não. Ficam um pouco na defensiva.

Especialmente na entrada do Pronto-Socorro onde as coisas têm que ser mais imediatas. Até pelo excesso de demanda, pela falta de recursos humanos, os profissionais ficam desgastados, é um ambiente tenso ali na frente.

Eu gosto de todas as enfermarias, mas eu gostaria de ficar mais na Maternidade. Um local em que observamos diversas questões: drogas, gravidez na adolescência, gravidez indesejada, baixa escolaridade, pais ausentes, mulheres com número elevado de filhos... Situações em que poderíamos intervir se ficássemos mais tempo lá, mas se não é uma questão social muito exposta não chega para nós. Se tivesse tempo para ficar só ali, tem bastante coisa para fazer.

O que me chocou muito também foi a questão da velhice. Isto me tocou muito. Os idosos... A questão da velhice foi um tema que eu trouxe para a minha vida. Como envelhecemos? Eu não tinha essa questão antes. Aqui ela me tocou.

Como envelhecer bem?

Aqui dependemos de gente. De quem está ali no momento. Com os velhos também é assim. Às vezes você vê profissionais que tratam melhor, e outros que não. Vai ficando um tratamento mais mecânico, porque são tantas situações, tantos problemas, que a pessoa vai ficando menos sensível, vai fazendo um trabalho mais mecânico. Não é como no Einstein que você pisou lá e vem alguém perguntar se você está com dor: de 1 a 10...

Tem enfermeiras que têm um olhar mais sensível. A Valentina, por exemplo. Mas em outras situações, quando o paciente é morador de rua, etilista, usuário de droga, há profissionais que tratam com certo preconceito.

Num hospital privado somos mais garantidos. No Einstein se faço uma reclamação e à tarde vêm ao meu leito dar uma resposta. Os profissionais são mais cobrados, monitorados. Aqui não podem mandar embora. Se você destratar alguém, o que vai acontecer?

E o paciente é mais vulnerável pelas condições sociais também. Se uma pessoa é internada de surpresa, às vezes não tem dinheiro de passagem! Sorte daqueles que tem alguém que pode ficar aqui, porque acompanha melhor o tratamento, a alimentação.

Motivador para mim é fazer a diferença. Como eu tenho o compromisso de trabalhar então eu acho que posso fazer a diferença para uma pessoa que está ali e ser útil. Fazer a diferença para alguém. Isso me motiva bastante.

Eu acho que eu gostaria de ser como uma assistente social que conheço e fez uma carreira no Serviço Social. Para mim foi fragmentado. Se bem que hoje com 50 anos, considerando que tem profissionais com 70 anos ainda trabalhando, e trabalhando bem, tenho muito chão pela frente. Mas não foi o que sonhei para mim. Fico um pouco frustrada nesse sentido. Gostaria de ter mais coisas para falar.

Era o meu objetivo no começo. A vida foi desenhando de outra forma.

Eu gosto também da Saúde porque é dinâmico. No Judiciário é diferente. Tem processos que acompanhamos em que os problemas não se resolvem. Aí eu vou pegar de novo aquele processo, e de novo... Aqui às vezes eu desço as escadas imaginando que rostos vão aparecer para mim hoje. Que histórias vão aparecer?! E sempre me interessei por isso: por história de vida. De superação. Sempre gostei de escutar. É muito enriquecedor.

Quando escolhi Serviço Social escolhi porque não dava para fazer Direito, que era mais caro. Olhei a grade do Serviço Social e vi que tinha Antropologia, Psicologia, Filosofia... Achei tão interessante aquela grade curricular! Aquilo me encantou! Fiz tranquila a faculdade, foi prazeroso. Tive professores bons. Por ser do ambiente do Direito, a professora de Serviço Social Judiciário era especial.

No Judiciário tem outra diferença: o status. “Sou assistente social do Judiciário”: isso tem um peso. É respeitado. Você chega numa casa, você fala, e lhe respeitam. E eu senti esse choque aqui. Sou assistente social, e aí? Você se posiciona diferente. Em alguns momentos tive que me enquadrar nisso. Sou assistente social do quê? Temos como referência a chefe do Serviço Social. Você vai porque ela tem muita experiência, aquela postura forte... Ela e outros profissionais do Hospital. Quando a gente leva uma coisa, uma pergunta, ela devolve dez que a gente nem tinha pensado! Ela tem muita experiência.

Gosto muito mais de trabalhar aqui em que pese todos os problemas!

Até o salário é um fator motivador. É um salário acima da média. Embora não fosse esse o principal motivo para eu trabalhar, mas sim voltar a ter contato com o trabalho, produzir alguma coisa, participar de um grupo.

Aqui a gente está conseguindo fazer um Serviço Social bem prestativo, comprometido com a população usuária em busca dos seus direitos. Vamos atrás, damos orientação, buscamos recursos. A gente está com uma equipe muito comprometida. Isso motiva. Trocamos bastante. Veio todo mundo novo do concurso. É uma equipe que deu afinidade e trabalha voltada para a melhoria dos serviços que prestamos.

Voltei também a estudar... Gostei, em um curso, quando falaram do servidor público, da sua importância. Veio ao encontro do momento que estou vivendo...

Agora estou pensando o que vou fazer.

Se eu for fazer outro curso quero fazer na Saúde, Saúde Pública, ou Gerontologia. Estou tentando ver algum trabalho com idosos.

Até com uma perspectiva de sair da linha de frente de um Pronto-Socorro e ir para um Posto de Saúde em que tem atendimento a idosos. No Posto de Saúde dá para fazer acompanhamento, ver resultado. Aqui a gente atende e encaminha. Nem sabe o que aconteceu. Acho que no trabalho de prevenção da saúde é possível fazer uma coisa legal. Dá para estar mais atento a algumas coisas.

São sonhos.

## 4.5 A história de Luiza

A primeira enfermeira que entrevistei foi Luiza. Eu a conhecia de algumas rodas de conversa realizadas na Unidade, e tinha conhecimento do seu trabalho, muito reconhecido na área em que atua.

Luiza aceitou prontamente o convite. Tinha 67 anos e trabalhava há 29 anos como enfermeira em instituições de Saúde Pública, sendo 25 anos nesse Hospital.

Durante a entrevista manteve precisão e organização ao longo de todo o seu relato. A posição que assumiu me deu imediatamente a impressão de que, como ela afirmaria no seu texto, “faz o que deve ser feito”, e que possuía uma condição notável de lidar com situações de tensão e imprevisibilidade.

Na devolutiva, quando novamente perguntei a sua idade, para confirmação dos dados, ela me disse que tinha 67 anos, e que estava muito bem. Gostaria de permanecer assim, ativa, até a sua morte. Não queria terminar a vida em uma cama. Contou sobre a morte dos pais. O pai ficou lúcido até o fim, mas tinha muita dificuldade respiratória. Morreu com menos de 70 anos, com enfisema pulmonar. A mãe teve um derrame, ficou com alguma dificuldade a princípio, mas dava conta bem das coisas. Teve então um segundo derrame e morreu.

Reafirmou que era preciso manter-se ativa. Às vezes tem preguiça para lidar com o computador, por exemplo, mas não desiste. É preciso “enfrentar os desafios”. Continuar aprendendo. “Parar? Não! Não posso parar”.

No que se refere ao texto transcrito, Luiza pede apenas que os nomes dos profissionais referidos não fossem mencionados. No mais, reconheceu-se e aprovou a narrativa.

### 4.5.1 Eu não consigo mudar o mundo, mas eu posso fazer aquilo que eu acho que tem que ser feito

Eu nasci e fui criada no Rio Grande do Sul, em um distrito do Município de Erechim, que depois se desmembrou, e atualmente é o Município de Cruzaltense.

Fui criada na roça. Meus pais tiveram 7 filhos e fomos criados com bastante dificuldade.

O estudo era difícil, porque para que estudássemos era preciso que nossos pais nos mantivessem na cidade, pagando uma estadia, uma escola. Eu fiz então até a admissão, parei de estudar e fiquei ajudando os meus pais na roça.

Quando eu já estava maior, ofereceram um curso na cidade para que pudesse formar pessoas para dar aula em escolinhas no interior. Na época não havia professores formados na região. Fui fazer o curso, me saí muito bem e peguei uma escolinha na área rural para dar aula do primeiro ao quinto ano. Eram quase 40 alunos, da colônia alemã, e eles iam sem saber falar português! Sou de origem polonesa e não entendo nada de alemão... As crianças mais velhas, que já falavam um pouco de português, faziam a tradução para mim. Eram os meus intérpretes... Era uma dificuldade muito grande! Ainda por cima eu andava 3 km a pé para chegar até a escola... Dei aula nessa escola durante quase dois anos.

Daí resolvi ir para a cidade tentar a sorte. Uma amiga de minha mãe, que morava em São Paulo, disse que eu podia ficar com ela. Eu tinha 20 anos.

Na época era mais tranquilo arrumar um emprego.

Cheguei a São Paulo e fui trabalhar em uma creche gerenciada por freiras. Um dos meus trabalhos nesta creche era dar medicamentos para as crianças, cuidar da saúde. E eu gostava disso.

Nessa ocasião teve um curso para atendente de enfermagem pela FORMO – Formação Rápida de Mão de Obra. Eu fiz este curso, me saí bem e fui fazer estágio no Hospital Bandeirantes, que era chamado então Hospital Brasília. Naquela época havia tido um surto de meningite muito grande e as crianças com sequelas, que não tinham condição de ir para casa, iam para aquele hospital. Era uma precariedade! No primeiro dia do estágio ficamos eu e outra colega no Hospital e quando saí de lá falei que nunca mais ia voltar. “Vou parar com isto”. Era um horror! Mas descansei um pouco e fui de novo.

Tirei o meu diploma e nisso apareceu uma oportunidade de trabalhar em uma clínica na Brigadeiro: Clínica Oswaldo Cruz. Fui trabalhar lá e me saía bem. Tinha uma auxiliar de enfermagem que sempre me pedia ajuda para passar sonda, fazer



procedimentos. Daí eu pensei assim: – Mas eu sou atendente, ganho menos que ela e a ajuda! Então vou fazer um curso de auxiliar!

Nessa época a Beneficência dava um curso gratuito de auxiliar, desde que depois que terminássemos trabalhássemos lá por dois anos. Assim eles garantiam mão de obra, que era escassa na época. Eu fiz e gostei. Trabalhei no Pronto-Socorro, na UTI, e no Centro Obstétrico. Um colega então me falou: – Por que você não faz faculdade? Falei: – Como vou fazer?! Trabalho o dia inteiro.

Descobri então uma faculdade em Guarulhos que tinha um curso noturno. Havia uma crítica muito grande, porque diziam que os cursos noturnos nas faculdades não prestavam. Diziam também que era um curso muito difícil, que era preciso se dedicar muito, e que eu teria dificuldades. Falei: – Vou lá fazer o vestibular. Fiz, sem preparo nenhum, e passei.

Fiquei toda entusiasmada de fazer a faculdade. Trabalhava das 7 às 15h, de segunda à sexta-feira, e aos domingos, para folgar todos os sábados, porque eu tinha aula aos sábados também. Foi bem cansativo. Eu entrava às 7h na Beneficência e em Guarulhos às aulas terminavam às 23h. Eu pegava ônibus até a Praça Princesa Isabel e de lá ia para minha casa. Chegava super tarde. Tinha ainda os trabalhos, as pesquisas... E na época não tinha computador. Tinha que ir a bibliotecas, fazer trabalhos em grupo. Para aproveitar eu ia direto do hospital para a faculdade e ficava lá estudando e fazendo os trabalhos. Foi bem difícil, mas procurei aproveitar ao máximo.

Eu gostei do curso. Achei boa a faculdade.

Depois teve concurso no Estado, eu me inscrevi e passei em segundo lugar. Eu acho então que o curso era bom, né? Eu tinha mesmo aproveitado ao máximo. Eu ainda não tinha concluído o curso quando fiz a inscrição para o concurso, mas até sair o concurso eu estava com o COREN provisório. Assumi a vaga e aí saí da Beneficência.

Queria então arrumar outro serviço como enfermeira.

Mas o que eu queria mesmo, minha vontade, era trabalhar no Hospital Santa Catarina. Fui lá, levei currículo, e fiz uma entrevista com uma freira que era uma das

diretoras. Mas não tinha vaga... Ela guardou meu currículo, e disse que quando tivesse vaga me chamaria.

Aí surgiu um contrato de emergência aqui. Falei: - Bem... Enquanto não sai outra coisa, eu pego aqui. Aí fiquei no Estado – Emílio Ribas – e aqui. Conseguia conciliar os horários, estava dando certo...

Neste meio tempo o Hospital Santa Catarina me chamou. Fiquei muito balançada... Só que depois a razão pensou melhor. Aqui eu já tinha conseguido conciliar os horários, já estava adaptada. Pensei: – Vou para lá e depois não sei como vai ser...

Mas a princípio eu estranhei muito aqui. Como eu tinha vindo da Beneficência, onde tudo é organizadinho, tudo é muito cobrado... Aqui era muito largado... Eu estranhei muito.

No Estado também era mais organizado, mais exigido. No Emílio Ribas eu trabalhava na UTI. Foi bem no auge da AIDS que eu me formei e entrei lá. Tinha aqueles pacientes muito feios, com problemas de pele, com sarcoma de kaposi... Aqueles tumores ficavam minando líquido... A candidíase oral... Era muito feio de ver. Mas é um hospital em que gostei muito de trabalhar, porque se investia muito no paciente, fazia-se muita pesquisa e a gente participava desses trabalhos, via os resultados. Fazíamos muita hemofiltração, o que na época ainda era uma experiência usada para filtrar o sangue de pacientes com sepse. A médica que conduzia essa experiência era uma nefrologista do Hospital das Clínicas. Depois ela foi apresentar esse trabalho em um Congresso e tirou primeiro lugar!

Aqui era bem mais difícil o trabalho da gente. Havia uma sobrecarga de serviço... Eu queria muito dar conta certinho e não conseguia isso. Não conseguia mudar muita coisa. No Emílio Ribas eu tive mais facilidade de mudar as coisas no meu setor, que era a UTI na ocasião. Eu era recém-formada, queria tudo perfeitinho e conseguia mais fácil do que aqui. A condição lá era melhor, também...

Isso, das coisas aqui serem tão largadas, no começo me incomodava muito. Com uma semana de trabalho aqui eu pensei: – Não volto mais. Fiquei em casa 3 dias e voltei para pedir demissão. Quando cheguei aqui a enfermeira me chamou para saber o que estava acontecendo, eu contei, e ela me disse que eu não fosse,

porque eles estavam com um projeto de fazer trabalhos em equipe multidisciplinar, me apresentou todo o projeto... Disse que contava comigo, já que eu tinha ideias mais avançadas. Aí eu resolvi ficar. Aos poucos foi melhorando, mas ainda não é perfeito...

Eu resolvi isso dentro de mim pensando que eu não consigo mudar o mundo, mas que eu posso fazer aquilo que eu acho que tem que ser feito. Posso tratar o paciente como eu acho que ele merece ser tratado. Isto não quer dizer que a gente vai aceitar tudo... Tem paciente difícil, que precisa ser colocado na realidade. Isto também faz parte de fazer um bom trabalho. Alguns querem coisas que não podemos dar, ou que a condição não oferece. Então eu faço o melhor que eu posso, e se eu vir colegas fazendo a coisa errada a minha obrigação é falar, mas a pessoa muda se ela quiser. Não compete a mim mudar o outro... Em alguns casos comunico aos superiores, que têm mais poder nas mãos para tomar decisões, resolver coisas. É assim: a gente tem um limite. Algumas coisas não conseguimos mudar.

Quando deu o tempo, eu me aposentei no Estado. Eu estava muito cansada com os dois serviços. Fiquei 10 anos com os dois e eu já vinha de uma jornada dupla, pois antes trabalhava e estudava. E na época teve a eleição do Lula, que ficava falando em mudança na legislação trabalhista. Eu pensava que não fariam algo a nosso favor, então resolvi me aposentar rapidamente. Eu fiquei então só aqui e foi bem mais tranquilo!

Nesse momento eu já tinha feito concurso aqui e já tinha me efetivado. Melhorou... Dava para aproveitar o tempo, sair um pouco. Porque trabalhando em dois empregos você vive só para o trabalho. É bom se você tem um objetivo – vou fazer isso! –, por um tempo. Rico você não vai ficar de qualquer maneira...

A qualidade do meu trabalho melhorou muito também. A disposição da gente melhora. Você tem outro ânimo, dorme mais, descansa mais, sai, descontraí, não fica só na mesmice. Com dois trabalhos você acaba fazendo todo dia a mesma coisa. De manhã, à tarde, dorme um pouco e levanta para começar tudo de novo. Vira rotina. Você já nem pensa. Esse cansaço vai te mecanizando. Você fica com menos paciência de ouvir os pacientes. Alguns pacientes repetem muitas vezes a mesma história. Se você faz uma pergunta ele começa a contar desde... Aí, se você está mais cansada, fica impaciente para isso. Trabalhando menos você fica mais

paciente, consegue pensar para ter uma conversa. Se ele estiver esticando muito, por exemplo, você vai encontrando um jeito de saber o que você quer de forma mais específica, faz perguntas. Com pressa e cansada você não consegue fazer isto...

O que me mantém envolvida até hoje com o que faço é o resultado do trabalho. Tem tantos pacientes que chegam tão mal que a gente nem acredita que amanhã ainda estará aqui. E você chega no dia seguinte ele está e melhorou. Nem todos, mas a gente sabe que a vida é finita mesmo. A maioria sai bem. Isso motiva muito. Ver que o trabalho não é em vão.

Eu sou satisfeita com a minha escolha de trabalhar com enfermagem. Do trabalho burocrático, com muito papel, eu não gosto. Não gosto nem de cuidar dos meus papéis! Tenho vontade de abandoná-los todos. Por isto esse serviço que a Gerente de Enfermagem faz para mim não dá. Eu prefiro gente à parte prática. Tenho que fazer relatórios também, mas é outra coisa, não é só isso.

Aqui no Hospital eu trabalhei na Pediatria por quase 20 anos. Gostava, apesar do choro das crianças...Quando eu entrei aqui não tinha mãe acompanhante. Então foi difícil quando resolveram implantar esse programa. Eu sempre achei que seria melhor, mas o pessoal da enfermagem que trabalhava comigo ficou meio assim... Não gostaram muito a princípio pensando que as mães veriam todos os procedimentos, ficariam estressadas. Mas eu achava melhor, porque era muito trabalhoso dar mamadeira para todas as crianças pequenininhas, esperar arrotar... E elas olhavam para a gente e choravam, não queriam mamar. Tinham medo porque a gente dava a comida, mas também fazia os procedimentos que doíam. Quando as mães começaram a ficar eu precisava trabalhar a cabeça das mães e das auxiliares também. Porque as mães achavam que a gente estava judiando das crianças. Íamos pegar uma veia e tínhamos que conversar com elas que o tratamento era esse, que a criança estava precisando disso, que tinha que ser na veia. Que picar dói mesmo, mas era o melhor para a criança. Isso é assim até hoje. É preciso paciência para conversar.

Para as auxiliares eu procurava mostrar que era melhor a mãe junto com a criança, porque elas ajudavam a dar o banho, trocar a fralda. Esses cuidados... E para a criança é muito melhor. Ela se recupera até mais rápido. Com a gente às vezes não queria mamar, mas com a mãe mamava muito bem. E nós sempre

tivemos problemas com um quadro de funcionários deficitário. Você não podia estar em todos os lugares, e nunca tínhamos auxiliares suficiente para ficar uma em cada enfermaria com as crianças. E mesmo com uma auxiliar em cada enfermaria, ela tinha que sair para pegar medicação, para preparar o banho, então as crianças ficavam sozinhas. Foi bem melhor com as mães acompanhando.

Com a equipe era bom. A equipe da pediatria sempre é diferenciada. Sempre! É mais envolvida. Tínhamos muitos controles que já não se faz mais, e na época fazíamos – como pesar fralda. Não era difícil, com raras exceções. Às vezes uma se estressava, começava a querer se indispor com a mãe. Eu sempre falei: – Você está no seu limite, pede para outra pessoa te ajudar, sai um pouco, respira fundo... Faz a sua parte, explica, senão deixa.

Aí a Gerente resolveu montar um grupo de curativos, porque os curativos estavam indo mal. Tinham comprado uns produtos modernos, só que cada clínica fazia do seu jeito e havia desperdício de material. Ela queria padronizar e não estava conseguindo. Pediu então para eu formar um grupo, e eu aceitei na condição de que se o trabalho não progredisse, eu voltaria para a Pediatria. Mas o Grupo de Curativos está durando! Faz uns 8, 9 anos que montamos.

No começo não sabíamos como trabalhar. Não sabíamos por onde começar! Começamos então a relatar o que fazíamos. Pensamos: – Vamos fazer e depois vamos relatar o que fizemos. Fomos nos adaptando... Depois de um tempo conseguimos fazer um protocolo descrevendo os procedimentos. Se bem que com o tempo já não deu para seguir tão ao pé da letra o protocolo. A gente deveria começar por uma clínica, mas naquela clínica ninguém tomou banho, por exemplo. Não dá para fazer, porque os curativos são em locais que precisam estar higienizados. Às vezes falta roupa, funcionário. Vamos fazendo como é possível. Cada lugar é diferente, com mais ou menos recurso. Precisávamos de alguma coisa que pudesse ser aplicada aqui. Não adiantava termos um protocolo muito bonito, que depois a gente não conseguisse realizar.

Eu gostei. A princípio estava apreensiva, mas depois... Você vai, faz o seu serviço, e não tem tanta solicitação como tem na Pediatria. As mães solicitam muito: “O soro está devagar, aquele está pingando mais rápido, parece que a criança está com dor.” No Grupo de Curativos você tira um pouco isso da cabeça. Não tem

solicitação o dia inteiro. Você faz o trabalho, o paciente às vezes reclama, mas você terminou aquele atendimento e acabou. Ele se sente aliviado, se sente bem, fica satisfeito. Acabei gostando bastante.

O que me desanima mais é quando o paciente não colabora. A gente usa um produto que pode ficar até sete dias, mas temos que observar diariamente se saturou. Recomendamos para não molhar, e ele molha. Não é só o trabalho da gente que foi embora, é o produto, foi a resolução que a gente esperava e não vai acontecer. Pacientes que têm lesões em região sacra, por exemplo, que ficam muito tempo sem trocar a fralda, aquele curativo, mesmo com hidrocolóide, satura muito, acaba descolando, perdendo. Então essas coisas desanimam. Mas...

Às vezes temos falta de colaboração de colegas também. A desculpa é que faltaram funcionários, que ele não teve tempo. Às vezes é isso mesmo, outras não. Nem sempre é. Tem um pessoal bom. A Valentina, por exemplo, jovem, que ficou em uma das clínicas que atendemos bastante.

O nosso trabalho depende do paciente e do colega. Depende, por exemplo, até da lavanderia. Se eles não trouxerem a roupa na hora certa, o banho vai atrasar e o nosso curativo vai atrasar.

E também, eu sei que é um direito do paciente, mas o horário de visita das 11 às 12 h atrapalha bastante. Chega visita e você não pode continuar fazendo o curativo. É um horário para a família. Você acaba parando. Se há alguém que não tem visita, nós cercamos com o biombo e vamos fazendo... Mas se os outros familiares começam a olhar muito, já não dá... É assim... Dependemos de muitas pessoas e muitas coisas...

Eu me lembro de um caso... Eu me lembro até do nome do paciente. Se ele chegar aqui eu reconheço. Ele era diabético e veio com uma lesão próxima ao calcanhar. Uma secreção purulenta. Nós estávamos fazendo o curativo, percebemos que ele estava com a perna meio edemaciada, e que aquela ferida era muito mais profunda. Percebemos que aquela lesão por baixo da pele, do tecido, era muito extensa. Pegamos então uma sondinha, fomos introduzindo no orifício e lavando por dentro com soro. Uma sondinha curta: entrou toda. Pensamos: – Vamos pegar uma nasogástrica. Entrou toda! Falamos: – Meu Deus, aonde vai isto?! Chamamos então

o médico para ver, ele fez uma incisão, mas o negócio era mais pra cima ainda! Ia até o glúteo! Ia do tornozelo ao glúteo! O médico abriu completamente e a gente lavava, fazia curativo, todo dia. Eu tenho tudo registrado com fotos. Ele tinha uns 60 anos. Ficou aqui muito tempo.

Um dos nossos cirurgiões Dr. Pedro, fez a cirurgia plástica no final, porque ele emagreceu muito, e a outra coxa ficou com sobra de tecido. O doutor tirou o tecido de uma coxa e enxertou na outra. Ficou muito bom!

Ele está por aí... Caminhando, tocando a vida dele... Mas era uma coisa! Ele estava para amputar a perna... Dávamos mais uma chance...“Vamos ver.” O cirurgião dizia: – Vamos esperar só mais essa semana. E assim foi, foi... Ele ficou mais ou menos uns 6 meses aqui. Saiu muito bem. Inclusive não faz muito tempo ele veio aqui como acompanhante do pai. Ele e a esposa revezavam nos cuidados.

Tem muitos outros casos...

Outro que marcou muito foi de uma paciente com a Síndrome de Stevens-Johnson. Ficou na UTI por muito tempo. Ela perdeu toda a pele. Estavam tentando transferência dela para o Hospital do Tatuapé, que é referência nessa área, mas não tinha vaga, não tinha vaga... A gente foi cuidando... E quando ela já estava bem, muito bem, surgiu a vaga. Os médicos resolveram transferi-la mesmo assim.

Mas depois o marido veio e disse que ela não gostou de ter sido transferida. Eu tinha fotografado e havia falado para ela que se quisesse as fotos, eu cederia. Ela quando ainda estava aqui, dizia que não queria nem saber. Depois que ficou bem resolveu que queria, e o marido veio buscar. Ele disse que ela estava muito bem! O pessoal do Tatuapé recebeu o trabalho pronto. Eles comentaram que não teria mais necessidade da intervenção deles.

Muitas coisas a gente faz aqui por falta de vaga nos locais de referência. Tem que fazer porque o paciente está aqui, e pronto! Tem que ser feito.

Cuidamos de vários queimados aqui. Grandes queimados. O Hospital que é referência já se acostumou, e manda para cá. O Curativo atende esses pacientes diariamente. A gente acaba fazendo... Os pacientes vão ao outro Hospital posteriormente, só para acompanhamento do cirurgião plástico, para ver se não ficou uma retração de pele, se vai precisar de uma interferência ou não.

Criamos um vínculo com esses pacientes. O paciente está de alta, vai ser acompanhado numa Unidade Básica, só que vai lá e não encontra o atendimento que esperava. Ele volta aqui nos procurando, e quer que a gente continue fazendo o curativo. Não temos local para fazer! Dependemos de haver uma vaguinha na Sutura. E às vezes você está lá atendendo um paciente, e chega um paciente de urgência. Mas atendemos... Se ele vem aqui você não vai mandá-lo embora sem fazer. A gente faz e recomenda: – Tem que dar sequência na Unidade Básica!

Alguns pacientes o médico quer que venha, para não perder tudo o que já foi feito. Aquele senhor mesmo, ficou vindo aqui até ter alta definitiva. Foi muito trabalho, muito investimento, para de repente perder tudo. Acabamos com muitos amarrados aqui. O Doutor mesmo diz... Ele é muito bom médico, muito empenhado também. Não queremos cortar isso. Queremos ver o final. A gente faz. Orientamos: – Você talvez tenha que esperar muito, porque não temos sala. Eles mesmo assim ficam na boa. Esperam. Eles vêm e esperam.

O que me mantém é ver este resultado do trabalho. O que me dá satisfação é isso.

#### **4.6 A história de Valentina**

Valentina, 26 anos, enfermeira, trabalha há um ano e nove meses nesse Hospital.

Eu ainda não a conhecia. Havia sido indicada pela secretária da Gerência de Enfermagem, e eu guardava certa apreensão de como seria recebido o meu convite, pensando se efetivamente Valentina poderia contribuir para o objetivo do meu Projeto.

Procurei por ela no Hospital e a encontrei bastante ocupada, apressada, pois estava atendendo na Emergência. Conversamos rapidamente no corredor. Falei do Projeto, a convidei para a entrevista, e percebi que ela se animou: Ah! Interessante! Observei que mesmo em meio à correria das suas atividades, ela parou, me escutou, e o que eu falei despertou o seu interesse: “Pode me procurar na semana que vem que nós marcamos!”



Na data marcada para a entrevista Valentina chegou na hora que combinamos, e, embora estivesse no seu horário de trabalho, disse que poderíamos conversar sem pressa, porque havia se organizado para isso. Nesse dia estava em um setor no qual podia fazer alguns momentos de pausa.

Ela me contou a sua história com muita desenvoltura. Emocionou-se em muitos momentos, e eu percebi o valor que ela dava às suas conquistas. A liberdade com que falou das dificuldades encontradas em seu trabalho chamou especialmente a minha atenção. Corajosa, foi muito direta e franca ao referir-se às condições de trabalho nas instituições em que atuava, sendo menos cautelosa do que os colaboradores que eu entrevistara anteriormente.

Quando eu voltei a encontrá-la, para fazermos o acerto final do texto, Valentina disse que ficou impressionada com a minha paciência para escutá-la, e depois transcrever tudo aquilo: “Eu falo muito!”. Contou-me ainda que ficou muito emocionada ao ler a sua história.

As mudanças que propõe na sua narrativa são mínimas. No entanto, para não expô-la, propus algumas alterações mais significativas, que não retiraram trechos da história narrada, apenas contextualizaram essas experiências de maneira diferente, de modo que as instituições não fossem identificadas.

#### **4.6.1 Tem uma parte que a gente não sabe. Vamos com a nossa lógica, mas tem algo inexplicável. Até onde vai o nosso conhecimento?**

Eu sou da Bahia, do interior da Bahia, de uma cidade muito pequena. Bem interior... Eu tenho só um irmão. Uma família até um pouco curta para o interior!

Minha vida lá era bem simples. Vida em comunidade.

Quando eu tinha 16 anos uma tia que vivia em São Paulo me convidou para vir morar com ela. Eu estava no 3º ano do ensino médio. Ela falou: – Olhe! Será que não seria bom você vir para São Paulo e começar a pensar em estudar? Onde eu nasci era muito limitado para dar continuidade aos estudos, embora minha mãe fosse professora e eu tenha crescido em um ambiente cercado de professores.

A decisão ficou por minha conta. Eu tinha 16 anos, os meus pais estavam lá, meus avós, meus tios... Foi uma decisão bem difícil de ser tomada, mas eu vim. Fiz o 3º colegial aqui em São Paulo, e uma das matérias que eu mais gostava era biologia. Gostava da parte humana da biologia: do sistema ABO, do estudo dos hemocomponentes, de genética. Não gostava de botânica!

Foi muito difícil aqui no começo, até pelo preconceito. Um preconceito bem velado, que parece que não existe... Uma vez um dos meus colegas, adolescente, olhou para mim com a cara espantada: – Nossa! Você veio da Bahia e a sua nota é a maior da classe! Como a sua nota é maior do que a minha que sempre estudei aqui?! Como se aquilo fosse alguma coisa extraordinária, algo que não pudesse acontecer. Por ser da Bahia eu teria que ter uma inteligência inferior, e não poderia me desenvolver tão bem nas matérias.

Sentia muita saudade dos meus pais! No primeiro ano principalmente foi muito difícil. Teve dias em que eu chorava muito, mas eu tinha um objetivo em mente: eu teria que terminar o ensino médio. E havia muita expectativa dos meus pais também, porque minha família era cercada de professores, valorizavam o conhecimento. Esperavam que eu estudasse, que eu fizesse faculdade. Eu seria a primeira da família a fazer faculdade! Meu irmão é um ano mais novo do que eu e o percurso dele foi posterior. A minha mãe começou a ensinar com 13 anos, numa época em que se fazia somente até o magistério. Não tinha ninguém com nível superior na família!

No final do primeiro ano em que eu estava aqui foi o momento de fazer vestibular, tentar ENEM... Durante o ensino médio eu procurei fazer vários cursos. Estudava de segunda a sexta, e no final de semana eu participava de um curso comunitário de pré-vestibular.

Precisei também fazer informática, porque eu cheguei sem saber de nada, sem ter nenhum contato com computador. Estava perdida... No domingo tinha a escola da família, em que pessoas que estavam fazendo faculdade davam aula em alguns locais. Eu fazia cursos da área administrativa, fiz orientação vocacional, tudo nesse meio tempo. Eu tinha uma vida bem corrida, mas consegui aproveitar bastante. Esse movimento gerou muita expectativa em torno do retorno que eu teria

com tudo isso, mas o final do 3º ano foi frustrante, porque eu não consegui passar nem na primeira fase da FUVEST, não consegui a bolsa do ENEM...

Em termos financeiros era muito difícil, porque minha mãe ganhava pouco, meu pai trabalhava na roça, na lavoura, e não tinha também bom rendimento. Minha mãe era a única assalariada, e a minha tia tinha condições de me manter aqui, mas com o mínimo, com o básico- alimentação, por exemplo. O resto – roupa, outras necessidades – tinha que ser com a minha mãe.

Aí decidi voltar de novo para o meu povoado. Regressei à Bahia. Fiquei lá por 4 meses, sem perspectiva nenhuma, pois é um local onde não tinha trabalho! As pessoas se submetiam a trabalhar pela metade do salário mínimo, sem registro, porque a renda é muito baixa. Mesmo na cidade, o que podia acontecer de melhor, era alguém conseguir trabalhar para ganhar um salário mínimo. Parece outro mundo. Depois de 4 meses decidi voltar para São Paulo.

Fui tentar distribuir currículo para encontrar emprego e, graças a Deus, dentro de um mês mais ou menos, consegui trabalho na C&A para ser operadora de caixa. Foram outras dificuldades... Eu mal trabalhava com meu cartãozinho de débito... Para mim, aquilo de distinguir cartão de crédito, de débito, já era uma dificuldade. Tinha que superar... A pressão por metas... Aquele ambiente com o qual não estava acostumada. Não gostei! Não me dava prazer. O meu prazer era por estar conquistando algo meu, pessoal, mas não pelo trabalho em si. A pressão por meta era tão grande que eu me sentia sufocada. O único sentido daquele trabalho era o lucro da empresa. Não conseguia encarar aquilo como um benefício para quem estava comprando. Era muito difícil!

Comecei então a pensar na faculdade. Eu estudava em casa, não tinha mais pré-vestibular, mas fui me preparando. Prestei o ENEM, fiz todos os processos de novo, e como eu não consegui bolsa do PROUNE, parti para uma faculdade particular. Ficou combinado que a minha mãe pagaria a metade, e eu a outra.

Tinha que decidir pelo curso. Falei: – Mãe, vou fazer biologia, que eu amo! Vou fazer licenciatura em biologia! Eu já vivia mesmo em um mundo de professores... E falei: – Como eu gosto da parte humana da biologia, depois posso fazer um curso técnico de enfermagem. Minha mãe parou, olhou pra mim e disse: –

Porque você não faz logo a faculdade de enfermagem? Eu falei: – Não, mãe, não vai dar certo. Chegar de cara e fazer a faculdade de enfermagem! Não acho que vai dar certo, mas vou pensar. Nisso eu já tinha feito até inscrição para licenciatura em biologia. Então, como eu sou bem religiosa, fui criada em um ambiente católico, pedi a Deus que me ajudasse. Tomar decisões para mim era sempre muito difícil, e, por incrível que pareça, eu vivia tendo alguma decisão importante para tomar! Daí pedi: – Ah! Senhor, ilumina para que eu tome a decisão certa. Abri então a Bíblia e saiu em Eclesiastes, que fala sobre Medicina e projeto de Deus. Eu falei: – Então já está definido! Eles falam sobre a importância que Deus dá aos médicos, aos que curam, dentro do projeto divino. Eu falei: – Pronto. É a resposta. Fui e mudei minha inscrição para enfermagem.

No primeiro dia de aula foi um terror, porque muitas pessoas já eram técnicas de enfermagem. Eu ouvia aqueles termos e ficava totalmente perdida: – Senhor, onde estou?! Mas fui... Para quem não é técnico fica como se você estivesse um passo atrás, porque você não sente a mesma segurança. Eu me dava bem nas provas de anatomia, fisiologia, sempre estudava muito. Eu tinha um tempo bom para estudar, porque só trabalhava 6 horinhas na C&A. Eu entrava às 17 horas e saía às 23 horas. Eu assistia às aulas, ficava pela faculdade mesmo, comia um lanche, estudava na biblioteca, e lá pelas 15 horas eu ia para a C&A.

Continuava estudando e trabalhando. Só saí da C&A depois que acabei a faculdade.

Foi difícil, mas eu gostava muito do curso. Eu me apaixonei por anatomia, por fisiologia, mas foi no 2º semestre, quando eu tive contato com uma casa de repouso, que eu decidi: é isso que eu quero. Estou no caminho certo. Na casa de repouso tínhamos que fazer palestras educacionais sobre diabetes, úlcera por pressão, e fazíamos cafés da manhã adequados... Fui lidando com muitos idosos acamados, via a carência que eles tinham. Aquilo me satisfez! Eu estava ajudando alguém de alguma forma, em termos de orientação, mas principalmente enquanto pessoa. Eles precisavam mais do que uma orientação, mais do que medicação, eles precisavam de alguém que lhes desse atenção. Eram carentes daquilo! Conhecer um pouco da história daqueles idosos fez com que eu me apaixonasse! “Eu acho que vou seguir Gerontologia!”, pensei.

Quando eu estava no segundo ano prestei ENEM de novo. A situação estava muito difícil, porque minha mãe mandava metade do dinheiro para pagar a faculdade, mas tinha os livros, tudo. A parte financeira ficou muito apertada. Tinha dias em que não tinha dinheiro para tomar cafezinho na faculdade. Uma sensação de fome! Uma fome... Quando eu tomava café em casa, e ficava por lá, não tinha fome, mas se ia para a faculdade, nossa! Saber que não podia, que não tinha jeito. Não podia querer. O dinheiro era muito contado. Se eu falasse para minha mãe ela ia arrumar dinheiro de onde fosse para mandar. Mas eu não queria... Eu tinha que me virar.

Consegui então a bolsa no PROUNI. Só que para ter a bolsa, que era integral, eu precisaria mudar de faculdade. Até então eu morava na casa da minha tia, no Grajaú, e teria que ir para a casa do meu tio, em Itapevi, que era perto da UNIP de Alphaville, faculdade para a qual eu iria transferida. Tive também que pedir transferência da C&A, e fui trabalhar no Centro de Distribuição. Foi melhor, porque eu já não trabalhava na loja, ganhava um pouco mais, e o ambiente me agradou mais. Tive que me readaptar na faculdade, na nova moradia, no trabalho novo... Tudo novo...

Assim foi passando o tempo, e eu já não tinha mais dúvidas quanto ao curso que escolhi. Estava apaixonada por saúde pública, por Gerontologia. O que me dava satisfação era saber que eu ia ajudar pessoas que necessitavam muito daquele trabalho.

Os estágios eu não consegui aproveitar tão bem, porque tinha muito receio de não fazer as coisas corretamente. As avaliações dos pacientes eram tranquilas, mas os procedimentos me davam muito bloqueio, porque tinha medo de machucar o paciente. Aquilo me deixava aflita demais! Aproveitei o estágio, mas não me joguei por medo.

Bem... Consegui! No último ano de faculdade era aquela correria, estágio, TCC... Já tinha pedido demissão da C&A, eu havia recebido um dinheiro e preparei a minha festa de formatura. Vieram minha mãe, meu pai, minha tia... Foi o dia mais feliz da minha vida. Uma coisa inexplicável. Meu pai chorava de tanto orgulho.

Eu tinha em mente que ia acabar a faculdade e conseguir um emprego. “Vai ser uma maravilha”, pensava. Vou exercer minha profissão. Aquela utopia! Mas terminei a faculdade e nada de emprego... Eu tentava todos os caminhos para encontrar um trabalho: via e-mail, pelos sites, de porta em porta. Para mim eu tinha que tentar até o fim, por todos os meios. Fiz a lista de uns 30, 40 hospitais de São Paulo e saía de porta em porta. Ia também para Itapevi, Osasco, em escolas de enfermagem. E nada! Quando me chamavam eu fazia a prova, passava, mas nem me convocavam para entrevista porque eu não tinha experiência. Aí foi muito frustrante!

Nos primeiros 6 meses eu falava: – É normal. Tranquilo. Seguia pedindo a Deus. Mas já no final dos 6 meses eu não tinha mais dinheiro, e me sentia horrível por não poder contribuir nas despesas com meu irmão e minha prima.

Ainda quando estava no 3º ano da faculdade eu tinha trazido o meu irmão da Bahia e estávamos morando de aluguel: eu, ele e minha prima.

A minha mãe queria que eu voltasse para a Bahia: – Você já fez a faculdade, agora você volta. Eu vou arrumar emprego para você. Eu não queria, porque ia ser um regresso! Mas voltei, depois de 7 meses sem conseguir nada. Pedi para Deus aliviar meu coração, para eu não sentir aquilo como uma derrota, para não sentir o peso, e voltar com o coração mais aberto.

Minha mãe conseguiu então que eu cobrisse férias de uma professora. Eu ganhava um salário mínimo. Era muito bom estar com meus pais, meus avós. Eu fui então tentar dar aula na minha área e consegui supervisão de estágio. Eu tinha uma bagagem teórica boa, porque sempre fui dedicada, mas a prática era difícil. Meu primeiro procedimento de sondagem enteral nasogástrica eu fiz lá, supervisionando estágio. A enfermeira falou: – Tem um procedimento. Você não quer fazer? De algum modo eu já estava na área, mas queria ir para a assistência. Eu sentia que faltava muita coisa ainda.

Minha mãe conseguiu para mim então um cargo de auxiliar administrativo na Diretoria de Saúde. Fui bem recebida, conseguia desempenhar as funções, o salário era melhor... Eu me adaptei, mas não me satisfazia ainda. Eu me sentia frustrada por ter retornado à Bahia. Gostava muito de São Paulo, e não me adaptava àquela

cidade onde o lazer que se tinha não era o mesmo daqui. Faltava teatro, cinema... Já não conseguia me sentir realizada. Falei: – Mãe, vou deixar tudo e vou voltar pra lá. Ela falou: – Não filha, você não está pensando direito! O meu chefe prometeu, eu consigo trabalho para você em qualquer hospital desta região. Falei: – Não quero! Quero voltar para São Paulo. Não adianta.

Voltei. E nada de novo... Procurei, procurei... Peguei a lista de novo e fui bater de porta em porta. Passaram-se alguns meses e aí falei: – Não tem jeito. Vou ter que arrumar um trabalho fora da área. Consegui então um emprego como caixa de uma farmácia. Ia ganhar menos do que ganhava na C&A! Um regresso total! Omiti a minha formação, porque senão não me contratariam, e continuava mandando currículos.

Surgiu a proposta então de eu ir para São José dos Campos para participar como *trainee* de um projeto em um Hospital gerenciado por uma OS. Fui. Pensei: Nossa! São José dos Campos deve ser longe! Mas aceitei! Eram 400 candidatos, com 5 etapas de entrevistas, para selecionar 10 trainees! Lá vamos nós! Cada vez que ia para essas etapas das entrevistas eu levava 3 horas da minha casa para chegar até lá. Era trem, metrô, ônibus... Nem contei para minha mãe... Fui aprovada! Bem... Pensei: agora vou ter que mudar para São José dos Campos.

Eu tinha um primo que morava lá, entrei em contato com ele e falei para minha mãe: – Olhe! Estou indo para São José! “Você é louca”: ela disse. “Como vai para São José!? Que coragem você tem!” A esta altura ela não falava mais quase nada... Pensei: Vou me lançar! Era a primeira oportunidade desde que tinha me formado. Sentia que precisava ir para lá e desta vez não tive dúvida. Fui, ganhava o salário de uma técnica de enfermagem, e era subordinada da Educação Continuada. Era um projeto muito bom, em um hospital de grande porte. Cada mês nós ficaríamos em um setor. Aprendi muito lá! Foi onde eu consegui fazer os procedimentos. Até então, como eu disse, não tinha tido bom estágio, porque fiquei com muito medo. Nesse Hospital, foi a hora! Tive que estudar muito, porque cada mês tinha que dar treinamento para a equipe de enfermagem de uma clínica. Tinha que colocar a mão na massa! Ainda estava morrendo de medo, dava aquele frio na barriga, mas consegui!

A primeira sonda vesical de demora que tive que passar na vida foi no centro obstétrico deste Hospital. Lá, como era hospital escola, tinha muitos residentes. Fui então passar esta sonda na sala de parto. Iam fazer uma cesárea e lá estavam os residentes de anestesia, o anestesista, o obstetra, os residentes 1, 2 e 3... Nossa! Aquela sala lotada! Eles anestesiavam primeiro a paciente e em seguida era o momento de passar a sonda vesical de demora para eles começarem a cirurgia. Nossa! Como eu tremia naquele centro obstétrico. Eu não conseguia conectar a sonda ao coletor! Uma tensão, um nervosismo, uma coisa horrível! Foram os minutos mais demorados na minha vida! E eu super preocupada com a técnica correta, com a assepsia. Você tem que usar luva estéril, não pode mexer no campo, e tem que ter habilidade com aquelas pinças! Eu nunca tinha pegado uma pinça Cheron na vida! Esta pinça trava, e para destravar você tem que apertar para soltar, e eu não tinha aquela habilidade. Foi horrível! Foi um terror! Consegui. A obstetra então olhou para mim e falou bem seca que eu tinha demorado tanto que ela não ia conseguir fazer a degermação. Nossa! Acabou comigo! Eu despenquei, saí, recolhi o material... Desabei.

Enfim... Depois fiquei firme. As coisas foram ficando mais fáceis. Passava sonda enteral, sonda nasogástrica, bem tranquila. Na pediatria tive que passar sonda vesical várias vezes, e já dei conta. Não achava que tinha habilidade com criança, mas conseguia até passar sonda vesical de alívio em bebês.

No centro obstétrico eu ainda tive que passar sonda vesical mais umas duas vezes. Foi mais fácil. Do terror daquele momento eu voltei, peguei a técnica e falei: - Preciso ver, rever e aprender. Preciso aprender! Vi que eu tinha que ter feito antes as “bonecas” de gaze... Já tinha conseguido me adaptar melhor. Era um ambiente tenso, muitos residentes, vários profissionais, mas fiquei menos aflita.

Depois de 4 meses trabalhando lá, fui chamada aqui.

Eu achei que tinha ido bem na prova, porque tinha visto o gabarito. A prova daqui tinha sido atípica. Nestes concursos públicos caem muitas perguntas sobre SUS, e aqui foram mais questões sobre técnica, sobre o dia a dia. Eu vi e achei fácil. Quando saiu o gabarito eu tinha acertado 90 % da prova, mas como a prova estava fácil, muita gente foi bem. Quando saiu a classificação final eu era a 98ª, porque teve prova de título e eu não tinha nada. Mesmo assim fiquei muito bem.



Eu queria muito, muito, passar! Porque até então, quando fiz a prova, eu não tinha nem o estágio do Hospital. Tinha feito faculdade e estava trabalhando de balconista na farmácia! Foi uma expectativa muito grande! Aí fui para escolha de vagas e escolhi ser diarista. Aqui foi o melhor lugar para mim, pois eu moro na região oeste. Era aqui ou o PS da Lapa, mas como eu nunca tinha trabalhado em PS... Minha experiência era como *trainee*... Ainda fiquei em dúvida, porque tinha uma maternidade, mas eu não me sentia bem com as crianças que tinham patologias congênitas... Isto me causava um incômodo muito grande! Como eu gostava de idosos, um lugar onde eu tivesse opção de trabalhar na clínica médica, era melhor... Optei por vir para cá.

Eu ia ser enfermeira finalmente! Eu seria a enfermeira do setor! Era uma tensão muito grande. Eu vim, fui bem acolhida... Na primeira semana nós passaríamos por diversos setores.

O meu primeiro dia aqui não foi muito fácil. Sempre não é muito fácil! Como eu disse gosto muito de trabalhar com idosos, e no meu primeiro dia fui trabalhar em uma Clínica que tem muitos pacientes idosos. Ao longo do dia eu passei por uma tensão muito grande com um paciente – um paciente renal, relativamente idoso –, e no final do plantão o paciente parou. Eu naquele ambiente, totalmente tensa, o médico veio para atender, eu pegando o carrinho de parada... O paciente não resistiu. Lembro que naquele dia voltei pra casa com uma sensação de que eu podia ter feito algo mais. Com aquela sensação de impotência diante da situação. Eu acho... Eu achava que podia ter feito mais. Que dava para ter visto antes, ter identificado antes. Aquela frustração... Era tudo muito tenso, difícil... Tudo na minha vida tinha sido assim.

A minha primeira semana foi nessa enfermaria, e como eu já tinha aprendido as técnicas, passava sonda enteral com um pouco mais de tranquilidade. Comecei a me ambientar. Apesar da frustração do primeiro dia, eu passei por outros setores e retornei no segundo mês para essa Clínica como enfermeira do setor. E eu estava feliz, porque eu sempre quis trabalhar com idosos e estava fazendo isso. Era um pouco difícil, porque inclusive o meu TCC na época da faculdade era sobre como lidar com a morte, porque era uma preocupação minha. Eu me achava despreparada para lidar com a morte. Estudei bastante naquela época, para perder esse medo.

Deus preparou tudo no momento dele, porque se eu tivesse chegado aqui crua, se não tivesse passado pelo *trainee*, eu não aguentaria...

Até para lidar com a falta de aceitação de alguns profissionais. Você chega num local, é jovem, as pessoas acham que é muito novinha... “O que essa criança está fazendo aqui?” Auxiliares, técnicos de muitos anos, que tinham às vezes a idade da minha mãe. Era difícil! Era difícil entender que eu era a enfermeira naquele ambiente. Se eu tivesse que pegar isso com a insegurança gigante que eu tinha lá atrás, teria sido muito pior.

Foi muito bom ficar nesse setor. Às vezes me sentia pesarosa, porque lá tinha muitas mortes. Infelizmente é o ciclo da vida. Era um ambiente pesado. Eu acabava me apegando, conversando com os pacientes de forma mais informal... E eu gostava daquele contato, mas com esse contato eu me aproximava bastante, e esse era um dos meus medos... Quando a morte ocorria eu acabava sofrendo. Nesse início foi difícil lidar com as mortes. Eu me sentia um pouco intrusa também, porque vários funcionários tinham saído naquela época, pelo fim do contrato, e eu pensava que as pessoas podiam pensar que eu tinha tomado o lugar daquela pessoa tão querida que tinha saído.

Tinha ainda a dificuldade de ser o meu primeiro contato com um hospital público. O outro em que eu havia trabalhado em São José era público também, mas tinha mais recursos, tinha respaldo da Educação Continuada, muitos médicos residentes, se investia muito nos pacientes... Aqui eu pensava: Naquele idoso dava para ter investido mais. Tinha os conflitos... Não que discordasse da conduta, mas às vezes eu achava que dava para ter feito mais. Tinha todos esses sentimentos envolvidos, mas mesmo assim eu sentia muito prazer em estar naquele local.

Depois eu tive que vir trabalhar na Medicação – P1 e P2. Eu que não queria ir para o PS... Uma das técnicas que sentia dificuldade era para puncionar acesso. Podia passar qualquer sonda, mas na hora de fazer o acesso eu tinha a impressão que estava machucando o paciente. Mas sempre tive humildade... Então dizia: - Vou trabalhar aqui, mas nunca fui auxiliar, vou ter dificuldade. É o meu primeiro trabalho como enfermeira, mas estou disposta a aprender. Isso me ajudou, as pessoas se abriam... E foi assim...

No meu terceiro mês fui trabalhar no PSI (Pronto-Socorro Infantil). Fui passando por vários lugares onde pensava que não ia trabalhar, não é?! Desci toda apavorada, falei com a gerente de enfermagem: – Você não vai me colocar no PSI, vai?! Não tenho experiência com crianças! Você está entendendo?! Ela falou: – Você tem o jeito... Acho que você tem cara de quem trabalha com crianças. Eu dizia: – Você não está entendendo! Eu estava muito tensa! Nem conhecia os funcionários do PSI! Daí uma colega me disse que ia conversar com uma auxiliar que trabalhava lá há muitos anos e que ela ia me receber. Eu fui muito bem recebida! As meninas têm uma técnica, uma habilidade! Nossa! Cheguei e falei: – Meninas, eu não me sinto à vontade de trabalhar com crianças. Não que eu não goste- amo criança!-, mas criança saudável. No estágio eu mal conseguia verificar o pulso de uma criança, porque ela começava a chorar, eu já ficava com aquela cara de apavorada, e ela chorava mais ainda. Tinha medo de punccionar a veia de uma criança. Pelo amor de Deus! Aí elas foram me ajudando. “Não se preocupe, aqui é um dos melhores lugares para se trabalhar”, diziam. Pronto! Foi maravilhoso! Aprendi muito!

Eu ainda tenho receio de fazer punção em recém-nascidos, mas elas me ajudaram e eu aprendi melhor a técnica. Um das auxiliares falou que eu fizesse nela a punção, e foi me indicando onde eu estava errando: “Inclina um pouquinho... Não aperta aqui...”. Fiz, e com isto destravei uns medos. E foi a alegria de ter conseguido passar por aquele momento. Fui perdendo o medo das crianças. Não é minha área predileta. Continuo gostando dos idosos e agora trabalho tranquilamente com adultos. Criança ainda tenho dificuldade, mas o medo, o pavor, passou. Consegui vencer.

Depois voltei para a Medicação, no PS, e como já tinha outro vínculo de trabalho, em um outro hospital público, fiquei como plantonista. Atualmente fico na Medicação, na Classificação de Risco, e na Observação. Ali também se aprende muito, pois tem de tudo: pacientes cirúrgicos, psiquiátricos, graves, entubados. Estou gostando de PS, por mais que tenha paixão pelos idosos, porque eu me envolvia muito, sentia muito pesar. Eu me apegava e via os pacientes morrerem. Eu estava esgotada. Foi bom sair de lá por conta das perdas. No PS você cria vínculo, mas a passagem é mais rápida e isso me aliviou.

No meu outro vínculo atendemos muitos pacientes psiquiátricos. E eu que dizia que não queria trabalhar com pacientes psiquiátricos... Gostei! Quebrei travas.

Eu fiz a escolha certa de profissão. Para mim é muito bom sair de casa, mesmo cansada – porque fico bem cansada com essa jornada dupla – porque saio e vou fazer uma coisa que eu gosto. Eu amo ser enfermeira! Eu gosto de cuidar. Isto me satisfaz.

Gosto especialmente de trabalhar em saúde pública, onde as pessoas necessitam muito desse cuidado. Não que não precisem no hospital privado. Mas aqui tem carência de tudo: de educação em saúde, de saúde, de muitas coisas. Às vezes penso em ir para um serviço particular, para ter a experiência, mas é uma ideia que passa.

É que temos as dificuldades aqui... A falta de recursos materiais, humanos. A Prefeitura de São Paulo ainda tem mais recursos, mas no meu outro vínculo é tudo muito mais precário. Você vê que um paciente está ali, grave, e não consegue vaga de UTI. Às vezes é um paciente jovem, com prognóstico, está ali...Você desempenhou tudo, mas não consegue...

Ou você tem um idoso que abre uma escara, e você não tem material adequado para fazer curativos. Você vê que aquilo vai avançando, que progressivamente ele vai desenvolver uma infecção, mas você não tem um antibiótico de amplo espectro, o médico não consegue prescrever a medicação adequada, ele entra em um quadro de infecção generalizada e morre. Você diz: – Nossa! Morreu porque tinha que morrer. Mas se tivéssemos recursos adequados teria sido diferente, não é? Não seria certo, mas poderia dar certo. Temos coisas difíceis lá!

Às vezes falta álcool, ou não acontece uma manutenção adequada e nós mesmos trocamos o torpedão, por exemplo. Se não trocarmos o paciente que está no respirador morre. A gente faz o que dá.

Às vezes estamos com um idoso no corredor, deitado numa poltrona, porque nem maca temos. Na semana passada tínhamos 14 pacientes internados no corredor. Era outra clínica praticamente: paciente em macas, e nem colchões tínhamos para colocar nessas macas. A gente faz gambiarra: pega cobertor, dobra,

coloca um lençol por cima. Você tem que escolher quem vai para a maca. Você tem que definir quem entra se tem uma vaga: esse paciente está mais instável, tenho que entrar com ele. Nem sempre é o mais\_idoso. Às vezes é o mais jovem, que está mais grave. Isto fica difícil...

O trabalho dos funcionários que atendem o PS seria medicar. Agora, quando você tem 14 pacientes no corredor, e os funcionários tem que medicar os pacientes que estão internados no corredor e atender a demanda que vem dos consultórios... Nos sentimos sobrecarregados! A demanda de serviço é muito grande. E os acompanhantes reclamam... Mas às vezes não dá mesmo para dar banho e você prioriza a medicação, não tem como. É a falta de recursos que lhe bloqueia. Você fala: – Nossa! Dou o meu melhor, mas não é o suficiente.

Você vê um idoso de 96 anos e não consegue um colchão para colocar na maca para ele! Situações bem complicadas.

Lá no meu outro trabalho temos também as dificuldades com a equipe... Às vezes a gente vê que o paciente não está bem, está decaindo, no corredor, que precisamos entrar com ele para a Emergência, e o médico resiste, diz que não, que o paciente não tem prognóstico e que não vai investir. Tem muito disso: “Não vou investir”. E aí você fala: – Nossa! A partir daqui não posso passar: não posso prescrever, não posso medicar. O que eu posso fazer é oferecer um oxigênio, alguma coisa assim. E você se sente impotente, porque a conduta é do médico. O paciente está com respiração agônica, você vê que ele precisa ser entubado naquela hora, que ele vai morrer daqui a uma, duas horas, e o médico diz: – Não vou entubar. Você vai, insiste: – Mas doutor... Ele diz que não vai entubar e pronto... É isso...

Outro dia, lá, tivemos uma situação bem difícil. Estávamos com 6 pacientes na Emergência e a rede de oxigênio não aguenta, pois só suporta 2 respiradores. Cabem, na verdade, 2 pacientes na Emergência e tínhamos 6! Dois já estavam no respirador, e tínhamos outros dois com respiração agônica, precisando ser entubados. O médico sem saber o que fazer! Desesperador! Vai morrer, não tem recurso! Conseguimos então levar um deles para uma outra ala, que tinha uma vaga para um paciente em ar ambiente. Ficamos com cinco. O médico da UTI conseguiu vaga para outro lá. Na Emergência conseguimos então puxar um torpedão e conectar

mais um respirador. Nisso chegou um paciente trazido pelos bombeiros, já parado, sendo ambuzado, precisando de respirador. Conseguimos conectar mais um respirador na Emergência. Mas nesse meio tempo chegaram os resultados dos exames do paciente que tinha ido para a outra ala, e ele estava com um infarto muito extenso. Tivemos que voltar com ele para a Emergência! E lá vamos nós! Até então tínhamos cinco, ele seria o sexto... Logo em seguida ele veio a óbito... Eu acredito que não suportasse, mas foi uma situação muito difícil, ficamos de mãos atadas. Você não sabe o que fazer!

São essas situações. O médico escolhe quem vai morrer. É o ponto principal.

Ao mesmo tempo que toda a carência lhe satisfaz, porque você dá o seu melhor, e você sabe que é extremamente necessária naquele ambiente, que você consegue fazer a diferença, você também se depara com uma impotência total! Isso frustra! Mesmo assim ainda gosto, ainda quero!

Tem paciente que vem e volta, e alguns dos quais eu me lembro muito! Às vezes eu ainda me lembro do primeiro paciente que eu atendi na enfermaria em que fiquei quando cheguei, aquele da intercorrência... Ele me marcou, porque achei que tinha que ser feito algo a mais. Os resultado tinham vindo no meio da tarde, os marcadores estavam muito alterados, mas como era o meu primeiro dia não sabia a quem eu tinha que me dirigir com aquilo. Talvez alguma coisa pudesse ter sido feita...

De alguns pacientes você se lembra do nome, da história. Teve a familiar de um paciente que falou: – Olhe, você se lembra do Sr. Edson?! Você é a enfermeira que o atendeu, não é? Era um paciente que tinha uma DPOC – doença obstrutiva pulmonar crônica. Foi fumante por muito tempo e havia a suspeita de que tinha um tumor no pulmão. Era um paciente bem rebelde! Eu falava: – Sr. Edson, tem que ter paciência! E ele ansioso para ir embora. Eu dizia: – O senhor tem que ficar, não está bom ainda. Não está conseguindo nem respirar! Ele tinha uma personalidade difícil. Isolava-se. Só recebia visita de uma amiga. Essa que encontrei no PS. Ela disse que ele estava bem, ainda com dificuldade de diagnóstico. Disse que eu o havia atendido muito bem. Isto dá satisfação

Tem outro paciente... Talvez seja a história mais difícil. Ele estava com uma alteração renal significativa. Todos os dias eu passava visita. Um dia, depois que já tínhamos feito vários exames para montarmos um protocolo para hemodiálise, eu fui conversar com ele. Disse que ele estava tão cansado porque o nível de escórias metabólicas estava muito alto, tóxico para o seu organismo. Os seus rins não estavam dando conta de filtrar. Disse que ele se sentiria melhor depois da hemodiálise, porque o seu sangue ia ficar mais limpo e ele ia ter uma vida melhor. Ele ficou assustadíssimo: – Hemodiálise, como assim?! Eu não vou fazer. Eu percebi então que o médico ainda não tinha falado para ele sobre o procedimento! E isto porque estava programado para ele começar a fazer hemodiálise no sábado! Nossa! Fiquei chateada! “Desculpa!”, falei. Ele disse que hemodiálise não ia fazer! Era categórico. Eu dizia: – Mas o senhor está entendendo? Se o senhor não fizer a hemodiálise vai morrer... Ele falou que os seus irmãos que haviam feito hemodiálise haviam morrido logo depois da primeira sessão. “Se eu fizer hemodiálise vou morrer”. Eu falava que não era assim. Chamamos a psicóloga, a assistente social, o médico. Depois de muita conversa ele topou. “Já que é isso”, falou. O cateter foi passado aqui no hospital e no sábado ele ia para diálise. Estava triste. Tinha aceitado... Quando eu retornei na segunda-feira soube que ele havia morrido no domingo. Aquilo me marcou muito. Até onde vai a vontade do paciente? Ele falava que se fosse para hemodiálise morreria! E nós tratamos de convencê-lo. Eu fiquei pensando... Tem uma parte que a gente não sabe. Vamos com a nossa lógica, mas tem algo inexplicável. Até onde vai o nosso conhecimento? Nós achamos que sabemos o que é melhor para o paciente, mas será que sabemos?

#### **4.7 A história de Helena**

A história narrada por Helena foi contundente. Apesar de eu trabalhar em instituições públicas de saúde há muitos anos, sua narrativa me impressionou fortemente.

Helena é enfermeira, tem 63 anos, e trabalha há 35 anos em instituições públicas de saúde, sendo 18 no Hospital em que concedeu a entrevista.

Eu não a conhecia anteriormente, mas assim que a convidei para ser colaboradora no Projeto, e lhe contei do que se tratava, ela aceitou prontamente e disse: “Nossa ! Bem na hora! Estou precisando mesmo falar.” Agradeceu, disse que é mesmo muito dedicada ao seu trabalho, mas que às vezes não tem ideia de que a veem assim.

Ao longo da entrevista, pareceu-me que Helena desejava realmente falar. Estava sedenta por ser escutada.

Quando retornei para encontrá-la, após entregar-lhe a entrevista transcrita, disse que foi muito importante contar a sua história, porque se sentiu capaz de expressar-se sem culpa de deixar alguém magoado. Agradeceu, pois “pôde falar tudo”. Helena não sugeriu nenhuma alteração no texto.

#### **4.7.1 Estamos muito abandonados**

Meu nome é Helena. Vou completar agora 63 anos.

Trabalho na saúde pública há mais de 35 anos.

Sou aposentada do Estado. O meu último emprego foi no Parque Bento. Eu tinha pertencido ao Hospital Geral de Taipas, onde trabalhei juntamente com a comunidade como assistente técnico, e depois como a Diretora foi transferida para o Parque Bento, me levou. Parque Bento é um antigo hospital da hanseníase, tem toda aquela história... Hoje é Hospital Geral do Estado em Guarulhos.

Fui também gerente do Pronto-Socorro no Município onde moro. Um hospitalzinho de pequeno porte.

E já trabalhava aqui também.

Sempre, como eu sou arrimo de família, trabalhando em dois empregos. Sempre trabalhando, né?

Aqui estou há 18 anos. Entrei para ficar 3 meses, fiquei pela avaliação do currículo, depois prestei concurso e agora me tornei efetiva.



Já trabalhei no PS e gostava muito. A gente aqui muda muito de setor. Em algumas Clínicas precisaria ficar mais fixo para fazer um bom trabalho. Porque hoje você está em um lugar, amanhã faltam pessoas e você vai para outro. Então a gente faz trabalho diversificado. Fiquei no PS, no PS Infantil, na Clínica Médica 1 e 2. Agora estou na Maternidade, que gosto muito!

E também, não é que precisem zelar da gente com uma certa idade, mas já não tenho todo aquele gás para trabalhar no PS, e então fico num lugar mais tranquilo.

Dou aula também para o curso técnico de enfermagem.

Sempre mantive mais de um trabalho. Trabalhei muito com a comunidade...

Às vezes você não agrada muito as pessoas por ser dessa forma, por dar atenção ao paciente. Hoje estou com uma equipe que tem muitos problemas. E o plantão depende das pessoas. Eu acho que você quando vai avaliar alguém para colocar dentro de uma unidade de saúde tem que ver se tem perfil. Você não consegue trabalhar bem quando você não gosta do que faz. Você tem dois problemas: o atendimento do paciente e o atendimento muitas vezes para o funcionário, porque ele é complicado.

Hoje estou com uma equipe complicada. Tenho pessoas novas, do concurso novo, mas outras que já trabalham há mais tempo. E as pessoas antigas são diferentes das que estão entrando hoje. Eu posso falar porque dou aula para o curso técnico e a maior parte procura a profissão não é pelo perfil, pelo amor ao trabalho. É pela questão de que vai ter mais facilidade de emprego. Infelizmente...

Isso não era assim antes. Acho que deu uma explosão das pessoas procurarem mais os hospitais, a saúde pública, pela questão do salário que era muito bom. Deu uma explosão nas escolas. A procura aumentou e o nível teve uma queda muito grande. As pessoas antes tinham um compromisso porque se agarravam a um emprego que era bom. A remuneração era boa, e tinham medo de perder. Então se dedicavam. E gostavam do trabalho que faziam. Agora as pessoas que estão entrando têm uma filosofia meio errada do serviço público. Pensam que é cabide de emprego. Então uns fazem, outros não. Você pode ver... A maior parte sem uniforme...

Acho que a saúde pública sempre foi uma dificuldade muito grande para os nossos governantes.

No começo, na época dos feiticeiros, eles faziam aquelas porções mágicas para melhorar a saúde e as pessoas tinham muita fé. Acabavam recebendo aqueles remédios e à base de orações, com fé, se curavam. Achavam que não era a doença, a infecção por vírus, por bactéria, que trazia a doença, mas as maldades mesmo dos homens, ou o castigo de deus.

Na minha época de juvenzinha tinha um médico que ia nas casas. Era o programa de saúde da família de outro jeito. *Home care...* Tudo de outra forma. E ele tratava tudo. Tinha parteira. No meu primeiro parto eu fui atendida por uma parteira em casa. Acabei indo para o Hospital, porque o bebê era muito grande. Foi quando eu tive a minha primeira filha. Ela tem hoje 42 anos. Naquela época eles tinham até medo de fazer cesárea. Eu fiquei num hospital em Jundiaí e passei muito tempo em trabalho de parto. Ficaram realmente esperando a evolução para um parto normal. Depois de 8 anos, quando tive o meu filho, eu já fui direto para o Hospital. Em Caieiras....

Quando minha filha nasceu eu já trabalhava no Juqueri como auxiliar de enfermagem. Com 18 anos eu entrei e ela nasceu dois anos depois.

Fui trabalhar porque minha mãe já trabalhava lá com laborterapia. E era assim: se os pais trabalhavam, os filhos também iam trabalhar no Juqueri. O Hospital passava de uma a outra geração das famílias. Todo mundo ia para lá. Ia a filha, o filho... E aprendíamos fazendo. Minha mãe entrou como roupeira... Chamavam assim quem era da rouparia, separava as roupas... E aí depois ela foi aproveitada, porque tinha esse dom de ensinar.

Ela realmente me levou a fazer enfermagem: - Não, filha, você precisa fazer. Porque as filhas das colegas faziam. Sabe aquela questão de você passar para a geração seguinte a tradição? Era o foco do emprego. Ninguém saía para fora. Todos trabalhavam lá. Muitas famílias moravam lá. Médicos, diretores... Tinha as casinhas deles lá. A gente chamava de "residência médica". Eu comecei então a trabalhar com 18 anos no Juqueri... Eu gostava...

No começo o que os pais mandavam a gente fazia. A gente era muito obediente na época. Eu me lembro que tinha a questão de beijar a mão do pai e da mãe para dormir. Fazia uma reverência. E eu sempre fui muito obediente. Até hoje eu sou obediente demais. Até passo por boba. “Ah! Esta enfermeira é tão bobinha, tão boazinha”. Eu já ouvi falarem isto. Mas veio de berço, é a formação da minha mãe. Então eu acabei aproveitando isso, me envolvendo, e cheguei onde eu estou hoje.

Meu pai trabalhava na estrada de ferro.

Depois fui fazer Serviço Social, trabalhei por 6 anos, mas acabei voltando para enfermagem, porque era disso mesmo que eu gostava. A minha área mesmo, que estava guardadinha lá, era enfermagem.

Eu fui sempre assim...

No segundo ano do Curso de Enfermagem eu prestei o concurso e depois de 15 dias de formada fui chamada e entrei aqui no Hospital. Sempre foi assim... Um desenvolvimento... Abrindo as portas... Nunca fiquei um dia desempregada.

Aqui eu era no início contratada e depois prestei concurso. Eu me lembro como se fosse hoje: foi no dia 4 de junho de 2002. Ia terminar meu contrato, e no dia 5 saiu no Diário Oficial minha chamada para cá. Na realidade nunca fiquei desempregada. Deus preparou.

Eu não gosto muito de coisas erradas, mas eu já vi que eu não mudo o mundo. Eu já sofri muito com isso. Se eu discutir com minha equipe, ou com alguém que fez coisa errada, isso me magoa muito. Eu fico até sem dormir. Será que estou certa? Será que estou errada? É minha forma...

Aqui... Já foi muito bom. A população cresce muito e os hospitais continuam iguais. Você vê assim... Se você ficar sentadinha lá na porta do PS você vê como as pessoas são tratadas. São tratadas assim que nem animaizinhos. Que entra, recebe o seu medicamento, o seu atendimento, e vai embora. Quando não: – Deita aí, senta aí, tira a roupa. Sabe... Eu nunca tinha visto isso antes. De uns tempos para cá nós somos muito mal recebidos, mal acolhidos. Me desculpa falar, mas tem pessoas que passam muitas informações erradas.

Isso está piorando. A gente está muito abandonada. Muito sem coordenação. Era muito diferente em outra gestão. É muito importante a comunicação. Você me dar um respaldo como minha chefe. Você realmente acreditar no que eu faço e na realidade nunca abandonar... Como um pastor: Nunca abandonar o seu rebanho. As pessoas estão fazendo o que querem. Isso é difícil para a gente. Eu perco o entusiasmo, perco a vontade de vir... “Ah! Hoje eu tenho que trabalhar com o fulano, vou ter que aguentar isso...”.

Se você tomar uma decisão profissional, ética, você não tem apoio. Isso me magoa. E não é só eu. Estou falando porque almoço junto com outros colegas. Outras amigas. Posso falar da minha equipe. No final de semana nós somos 3 colegas que têm a mesma visão de respeito com o paciente.

Na maternidade tínhamos uma equipe muito boa, realmente se dedicando. Preparávamos “aquele” leito... Hoje você vê pessoas que nem pensam em trabalhar. Fazem de qualquer jeito. A gente que trabalha direitinho fica sentido, né? Eu tenho meus erros também. E como tenho! Mas vamos desanimando com essa realidade. A saúde pública está muito desleixada.

Para você ver, aqui, para muitos médicos, é um lugar ruim de trabalhar. É periferia. Eles não querem vir. O que falta? Falta compromisso. Eles ganham pouco, vêm, fazem troca de plantão, abandonam o paciente...

Teve o caso de uma criança que veio a óbito. Acho que com 3, 4 anos. Na pediatria, na semana passada. Eu estava na Maternidade... A Maternidade estava lotada, com 3 leitos extras. E só com duas funcionárias nesse dia... Duas funcionárias, para atender 18 pacientes! Aí você considera que tem mais 16 bebês no berçário e são 34 pacientes. Com duas funcionárias?! Qual a qualificação que você pode dar? E são duas boas funcionárias! Você conhece a Dna. Vania? Ela vai aposentar e eu já estou com dor no coração. Porque ela é boa! Demais! E isso eu posso contar no dedo. Ela “na realidade” cuida das crianças. Eu queria que o meu neto, que vai nascer aqui, tivesse o atendimento dela.

Aí eu estava na Pediatria e as meninas falaram: – Helena... O médico sentado ali... Falou alguma coisa sobre o dreno, mas não pôs a mão na criança. Depois elas falaram: – Parece que tem umas bolhinhas de ar... “Ah! Umas crepitações”. Não

podemos dar diagnóstico, mas seria na realidade um enfisema cutâneo. Aí eu peguei e falei: – Tá bom... Fui conversar com outro doutor: o Dr. Romulo. Eu gosto muito dele. O pessoal fala, mas ele é excelente. Ele e o Dr. Cristiano. É a equipe de domingo. Mas ele estava ocupado...

Daí me chamaram na Maternidade. Naquele dia teve duas cesáreas, duas curetagens, e um parto normal. Depois do almoço, Deus me deu uma luz: – Você precisa ver como ficou aquela criança. Fui ver. As bolhinhas não tinham aumentado, mas eu fiz a apalpação e estava com aqueles enfisemas cutâneos. Eu fui então falar com o cirurgião. Ele falou: – Não, não vou lá atender. Eu não vou atender. A senhora procure o pediatra para ele avaliar. Quer dizer que a minha conduta de observação não tinha valor? Eu insisti: – Mas o senhor é o cirurgião. Ele disse: – Que o pediatra faça o encaminhamento, e aí sim eu vou. Falei: – Tudo bem... Procurei o pediatra. Falaram que ele tinha atendido muito, tinha tido muitas crianças e foi descansar. “Quer que eu chame ele?” “Por favor”, falei para a enfermeira. “Preciso que ele avalie uma criança na Pediatria”. Bom... No fim eu acabei indo embora e ele não foi. Mas eu registrei tudo.

Depois de dois dias a criança faleceu. Já estava complicada, mas para você ver como é... Se a gente tivesse um pouquinho mais de respeito. De compromisso. Tinha bastante secreção... O outro nem pôs a mão nele! Isto vai acumulando no seu pensamento... De você ver isto...

É bem penoso... Conviver com a falta de compromisso dos outros. O que acontece que antes havia mais respeito? O que acontece?! Acho que está todo mundo solto. Temos uma postura muito desqualificada. Vai assim... Tudo de qualquer jeito.

Eu vou lá e, em vez de dar um banho de respeito no paciente, sabe o que eles fazem? Furam a garrafinha e esguicham no paciente! Eu acho o fim! A gente ensina a dar o banho no leito. Com uma bacia, jarro... Preservar... Colocar um biombo. Não! O pessoal joga “assim”... Enche aquelas garrafinhas de água, fura tudo... Só que embaixo do paciente a água fica toda parada! Você vai olhar... Um banho! Que é tão simples! É feito de qualquer maneira!

E não tinha isso antes. Eu não via isto antes. Eu fiquei um dia no atendimento do Manchester, lá na frente. Eu dei atenção para a paciente e ela falou: – A senhora sabe que eu já melhorei. Ela tinha brigado com o marido, o marido bateu... Ela disse que é muito ciumenta. Ela o agrediu primeiro, ele retrucou... Então ela falou: – Eu vim para passar no médico, mas não preciso mais. É atenção que a gente quer! A população está carente de tudo! Carência afetiva... Uma vida miserável... Falam: – Estas mães vêm aqui só para comer. Gente! Eles não tem o que comer em casa! Eu, por exemplo, não tenho na minha casa todo dia uma sobremesa. Não tenho duas misturas. E o pessoal briga. Tudo isto transforma o meio. Quem faz o meio? O nosso entendimento.

Então falar que o Diretor é ruim? Não. Ele tem em volta dele pessoas que devem fazer as coisas. Se essas pessoas não fazem, não trabalham direito... É complicado, não é?

Olhe! Eu neguei. A minha chefe – Valéria – tinha me colocado no Centro Cirúrgico. Lá é tranquilo, mas não é isso que eu quero. Aos sábados fica o Dr. Rômulo, que é difícil. Daí ela falou: – Você com a sua calma... Porque eles acham que eu sou muito tranquila. E aí eu passo por boba. Não sei se sou muito servil... Mas é a minha educação. Veio de berço assim. Mas você acaba passando às vezes por boba, né? Eu peguei e falei: – Valéria... “Não, porque você vai ficar lá...”. Fui.

No primeiro dia a enfermeira da Maternidade não tinha vindo. Falei: – Não, não posso deixar a Maternidade. Vou ficar também lá. Não tinha nada no Centro Cirúrgico. Só ia ter uma cirurgia. Aí de repente uma funcionária recém-chegada me liga e diz: – Vem urgente no Centro Cirúrgico. Pergunto: – O que aconteceu?! Dr. Rômulo brigou com vocês? “Não”. “O paciente caiu da mesa?” “Não”. “O que você precisa? Eu estou com uma paciente que chegou agora, com uma hemorragia importante, sangrando muito, estou preocupada”. Ela falou: – Não. Vem aqui que você tem que ficar olhando uma paciente para não tirar o monitor, a sonda, porque nós temos que arrumar a outra que vai entrar para uma traqueostomia. Falei “está bem” e fui.

Quando cheguei lá estavam ela e outra funcionária – não me lembro do nome. Falei: – A paciente está dormindo! Vocês me tiram de uma ação de observação maior! Elas disseram: – Mas você tem que ficar aqui olhando. Nós

vamos arrumar a sala. Precisam de duas para arrumar a sala?! Pensei: Preciso conversar isto com a Valéria. Não precisam de duas! “Mas a gente faz tudo em duas aqui... Enfermeira é para isto... Para ficar aqui dentro”. Falei: – Gente! Vocês não estão entendendo! Fiquei tão chateada!

No outro dia fui falar com a Valéria. Mas elas haviam dito que eu não quis colaborar. Falaram que estava tudo agitado lá, a paciente arrancando tudo. Falei: – Valéria, não é verídico! A outra enfermeira que trabalha com ela falou: – Helena, na realidade eu confio em você. Falei com a Valéria para ela prestar atenção. Confiar mais nas pessoas que ela sempre teve aqui. Ela pegou e falou: – Então eu já lhe tirei de lá. Fiquei tão magoada! Mas para você ver... Isto tudo cria o ambiente da saúde. Como isto é desanimador! Você vê um hospital em que eu, você, meu marido, meu filho, podemos precisar...

Como eu posso trabalhar num Centro Cirúrgico em que o pessoal entra e sai com a roupa privativa... Vem almoçar com a roupa privativa e volta levando todas as microbactérias. Como você pode confiar no serviço? Então não é só o médico. É só o médico? Nós somos todos culpados. É o meio que está infectando a saúde pública. Cada um de nós! E como a gente faz? Como faz?!

Eu acho que tem que melhorar a estrutura para a gente atender com qualidade o paciente. Uma falta de profissionalismo... O que falta?

As escalas não são bem elaboradas. Com os médicos tem a questão das trocas de horários... Se você olhar a escala tem gente suficiente. Mas o paciente está lá. Duas, três horas aguardando.

E fora isto a gente tem uma grande quantidade de pessoas idosas aqui. Por quê? Qual o maior índice de atendimentos? Doenças cardiovasculares, doenças respiratórias. Veja a questão do H1N1... O que fica essa pediatria! Um povo desnutrido, mal alimentado... Situação econômica desfavorável. Precisa ter alguém olhando. As pessoas estão descompromissadas.

Tenho muito medo. Falei... Minha nora vai ter o bebê aqui. Por que vai ter aqui? Uma que eu estou aqui. Não vou intervir em nenhuma conduta, mas vou estar mais próxima. Até falei com a Dra. Suely, a ginecologista. Ela é um doce! Se você vir ela conversar com os pacientes! Ela fica assim ouvindo... Falei: – Ah! Doutora!

Queria tanto que a senhora fizesse o parto da minha norinha! Ela falou: Helena... Faço sim. Tudo bem. Uma questão de amizade. E falo: – E estes coitados que não têm como chegar? Que não sabem por quem procurar?!

Outro dia eu vim aqui com uma pneumonia. Não sabia que estava com pneumonia. A gente nunca tem nada. Principalmente na saúde. Somos todas leozinhas, né? Aí cheguei aqui com febre, com uma saturação de 85, tosse, tosse. Passei no médico. Eles já veem assim você: “Atestado”. Porque tem pessoas assim. Aí eu peguei, fiquei lá na fila, não tomei nenhuma posição de “eu trabalho aqui eu tenho que ser bem atendida”. Não passei na frente. Fiquei lá... Chegou a minha vez, o doutor não me fez uma ausculta, não me fez nada. Falou: – Vai tomar decadron com dipirona. Prescreveu azitromicina e falou: – Pode ir. Não fez um raio x! Eu fiquei quietinha... Não falei nada... Eu não questioneei, porque queria ver o que ele ia fazer. E fez isso... Tudo bem. Daqui eu saí e fui para o Servidor. Fiquei 3 dias lá internada.

Quando vim para ver o assunto da licença contei para o médico do trabalho. Ele falou: – É que tem tantos funcionários mentindo... Vagabundos. Ele estava bravo. Tinha um funcionário aprontando. Estava a maior confusão. O doutor disse: – Tem muita gente, viu, Dna Helena, que faz coisas erradas e esses erros repercutem em todo mundo. Eu falei: – Mas por isto ele tinha que me avaliar bem para ver se eu estava doente ou não. Falei: – Tudo bem... Passou. Nesse dia eu fiquei por aqui, peguei meu remédio...

Teve um dia em que trouxe meu filho para fazer endoscopia. Eu uso o serviço daqui porque eu trabalho aqui. Não entro de olho fechado. Mas eu saí daqui quase dez horas depois. Imagine os que não têm esse acesso! E os que não têm conhecimento...

Eu acho que a saúde pública precisa melhorar muito.

A questão de ter o médico, a enfermagem, o laboratório com maior precisão, rapidez... A pessoa fica aqui 4 horas às vezes e não tem nem dinheiro para um lanche. Para nada! Da muito dó. Quando eu ficava no PS, aqueles acompanhantes que eu via, sem condições... Não sei se estava errada ou certa, mas dava o papelzinho de almoço... Não ia embora antes de cobrir um paciente se estivesse frio. Porque eles ficam meio jogados...



Tem paciente terrível, eu sei disso. Mas é pela própria ignorância, pela vivência dele. O mundo dele. Carência afetiva... De tudo... A gente já é carente por natureza. E se você não tiver um respaldo.

Acho a questão da triagem excelente. Dá uma segurança para o paciente. Mas tem dia que funciona, tem dia que não. Tem dia que não tem enfermeira. Tem dia que não tem o técnico para ajudar. Fecha. As coisas que dão certo têm que persistir. Eu fiquei um dia lá. Nossa! Adorei! Porque com gente não é só medir PA, medir saturação, tchau e bença. Você tem que ter um olhar para eles, perguntar o que está acontecendo. Não é só perguntar: – Você é diabético? Hipertenso? Estou sendo chata, será? Este é o meu jeito. Infelizmente é muito descaso com o ser humano.

Eu tenho medo, sabia? Tenho medo de ficar doente numa cama, porque é muito triste o tratamento. O auxiliar tem atos repetitivos... Tem aquele que dá atenção maior, penteia o cabelo do paciente... Vejo os meninos que fazem a barba do paciente, deixam bonito, mas tem pessoas... Teria que estar mudando os funcionários, não deixar eles ficarem muito tempo principalmente no PS. Alimentação, controles, medicação... Mas não é só isso. Fica uma coisa muito fechadinha, automática. E eles querem fazer rápido.

Outra coisa que eu acho também terrível é pegar os pacientes às 5 horas da manhã para dar banho. As pessoas têm que aprender o que é prioridade. O que está acontecendo com aquele paciente naquele momento para eu atender? O banho é importante? É importante. Mas, por exemplo, se ele está com dor, está sangrando, tem que ver isso. Às vezes se preocupam mais com a higiene, em dar um banho rápido, do que outras prioridades do paciente. É a rotina. E precisa se livrar rápido.

Não sei como está durante a semana. Ali na Clínica Médica 2, o pessoal faz uma refeição naquelas mesas ali. Trazem uma coisa, outra, e nem põem um biombo. O paciente ali... Será que ele não tem vontade de comer aquilo? No final de semana acontece isso. Tudo bem trazer um bolo, um lanche... Tudo bem... Mas vamos a outro lugar. Ali é muito exposto. Ali não dá. Na Médica 1 tem a copinha... No Berçário tem... E tem a copa dos funcionários... Mas na Médica 2 não tem. Mas ficar comendo na frente dos pacientes que nem podem comer!

Não é que eu não gostasse da Clínica Médica... Eu vejo que falta... Eu também teria que participar para ajudar a melhorar a qualidade do atendimento dos idosos... Eu acho que teria que participar disso também. Como eu falei: você vai brigar com o mundo e não tem respaldo. Já aconteceu comigo isso. Você deveria estar preparado para passar por lá, porque o pessoal acha que é um castigo. É castigo?! Não deveria ser dessa forma! Como eu vou cuidar bem de alguém se eu acho que minha chefe fez aquilo por castigo? Eu tenho que ficar ali... Ali eu vou virar paciente, vou colocar sentado, vou ter que dar banho no leito, fazer muita coisa, e são dois funcionários de cada lado, com pessoas muito dependentes para se alimentar, para o banho. Não deveria ser assim. Eu mudaria.

Eu sei que Deus preparou essa conversa com você para mim. Porque outro dia eu estava tão triste que falei com as minhas amigas: – Eu tenho vontade de escrever sobre tudo isso que eu vejo.

Eu mudaria o atendimento na Médica 2. Ali ficam aqueles pacientes vendo tudo um do outro. Já aconteceu de eu passar lá, o paciente estar parando e eu puxar o biombo para ajudar. Elas são em duas... Como vão fazer? Às vezes a enfermeira vai chamar o médico. Aquelas coisas todas... Não tem uma dinâmica para um bom atendimento. A Clínica Médica 2 tinha que ter um outro olhar para as pessoas que trabalham lá. No comando... Poderia fazer um rodízio a cada 3 meses. Por quê? Vou te falar. Porque eles ficam sem sentimento. Atende uma emergência, daqui a pouco morreu, empacota, vai embora. Entra outro.

Mas o PS é o lugar que endurece mais.

Eu trabalhei no PSI. Quando faltava alguém eu pegava a Observação, Medicação. Éramos em três: Eu, Vanilson e Roberto. Hoje o Roberto foi para noite... É alcoolista... É o que estou falando... Como pode uma pessoa assim, cheia de problemas, num lugar que não é perfil dele... Como ele vai cobrar de alguém, se nem ele sabe o que está fazendo.

Mudaria algumas coisas assim...

E não deixaria muito tempo a pessoa num lugar... Até eu não tenho que ficar muito em um lugar, porque você começa a se sentir dona do espaço. Para o funcionário não se familiarizar muito com você e perder aquela coisa de comando.

Porque para você ficar 12 horas com um pessoal, se não tem uma boa postura, perde o comando...

Hoje mesmo as meninas reclamaram para mim. Eu fico triste... Porque puseram umas pessoas lá na maternidade que quando é hora da visita elas somem. A hora da visita dura uma hora! E elas somem! É a hora em que nós temos que ficar de olho na Maternidade. Por quê? Por causa das crianças. Se entra alguém, coloca uma criança na sacola, e aí? Não pode ocorrer. Comigo já ocorreram 3 evasões. Não queriam ficar, não queriam ficar, aí o segurança nem viu. “Você viu sair assim, assim?” Nem viu. Agora é assim: Elas têm que ter esse mesmo pensamento. Tem que ter uma visualização maior da maternidade. Porque é um bebê que temos lá! Você coloca numa sacola e leva o bebê. Precisa de cuidado. Elas começam a não ter leque de observação. Ficam assim, fechadas. Só naquilo. Que nem burrinho de presépio que só faz isso. Então eu acho que mudaria por aí. Pela minha visão...

E teria mais envolvimento com a Educação Continuada que está morta aqui para nós. Eu estou sendo livre para falar para você. Ninguém observa nada. E isto acaba fazendo perder o respeito e o estímulo. A Educação Continuada tem parceria com a gerente. Tem que estar trabalhando junto. São realmente essenciais, mas tem que ser presente. Tem que observar. Ver, por exemplo, que na realidade aquilo não está funcionando. Que esse não é o perfil... Vamos conversar, ver o que está acontecendo com o funcionário. “Mas eu gosto de pediatria e me colocaram aqui”. Porque tem muita briga aqui quando você transfere um funcionário para outro lugar. “Eu não vou. Nunca trabalhei em Pediatria. Nunca trabalhei em Clínica Médica. Nunca fiz isso”. Mas isso está muito ausente aqui. Isso de escutar o outro.

Gosto muito da Valéria, mas tenho que ser verdadeira. Ninguém quer saber. Vai ouvir o que chegou primeiro para falar. Tem que ouvir todas as partes. Tem que me ouvir. Ouvir a outra. Porque às vezes houve descontentamento da minha parte, ou da outra, mas é porque a gente criou uma fantasia. E a gente cria muito, não é?

Eu falo para minhas amigas – um pessoal que é muito bom – que tem hora que dá desânimo. Não é que só a gente faça, mas temos uma visão. Queremos um hospital melhor.

Quando trocam as pessoas de lugar sem avisar, dá desânimo. Ninguém comunica a gente e acho esse um erro grande. Estou aqui hoje com uma equipe, quando chego amanhã trocou! Ninguém falou! Sabe? Você perde todo o trabalho que estava fazendo. Se vai rodiziar o pessoal a cada 3 meses você já sabe. Vou ter aquela equipe por 3 meses lá e depois vão sair. Vão se dedicar, vão aprender. Mas se nunca sabem onde vão ficar, é difícil entrar...

No PS acho que tem que rodiziar. Avisando, né! Porque o pessoal vai ficando agressivo. Já sentiu isso? Eles são feras. Não sabem nada! Sabem tanto quanto eu, que a cada dia aprendo mais. Mas não dá para achar que sabem tudo de alguma coisa. Entendeu? Porque daí fica uma falta de interesse em aprender. Tudo bem. Você é habilitado pela escola, é registrado no COREN. Mas precisa continuar aprendendo! O que está acontecendo? Você não tem assim uma avaliação? Eu tinha uma funcionária muito boa lá na maternidade. Ela era recém-formada, e depois foi para o PS. Agora só sabe fazer aquilo. Ficou uma fera. Fica na Sala de Medicação, punciona a veia muito bem, atende emergência... Mas se é para ficar com um paciente mais permanente já não sabe dar os cuidados. Porque não tem paciência. O paciente de emergência é aquele paciente que você cuida rápido. Tudo rápido. E não mantém contato com o paciente.

Por isto precisaria rodízio. Para não ficarem feras agressivas. "Aqui eu posso tudo". "Já fiz e acabou". "Não tenho mais contato". Ficam muito desumanos. Têm o poder. São poderosos. Tinha uma época em que uma funcionária foi demitida por medicar um paciente por conta. Tinha um técnico de enfermagem que chegava a entubar pacientes. Entubava para não chamar o médico! Isto é falta de uma supervisão. É preciso ajudar a gente. Dar respaldo. Estamos precisando disso.

Eu falo com minha amiga: – O que está acontecendo com esse hospital? A população aumentou, isso nós sabemos. E está diferente. É mais exigente e mais agressiva. Eles respeitavam mais a enfermagem, os médicos. Agora não têm respeito. Os profissionais respondem também ao que eles estão recebendo. Mas não pode, né?! E para trabalhar com tudo isso no dia a dia? É pesado.

E o pessoal que trabalha está muito mecanizado nas coisas. Não tem compromisso. Isto envolve tanto médicos quanto enfermagem.

Eu fico às vezes muito triste. Algumas coisas me magoam muito. Como naquela situação da criança. Eu fico muito triste.

E às vezes fico até com medo, sabia? Fico até com medo... Tenho medo de ficar numa cama, num Hospital Público... Já não sou jovem também. Sou hipertensa, diabética... Tenho essas doenças crônicas...

Para falar a verdade acho que Deus me preparou para esse trabalho. Acho que tem um ser maior que me preparou para essa missão aqui na terra que é cuidar. Estou falando sinceramente. Porque não sei... Tem dias... Eu já fiquei triste, sem querer vir trabalhar. Fiquei mesmo: Ah! Meu Deus! Não quero ir mais lá. Depois penso que não posso deixar estas coisas derrubarem meus objetivos. Enquanto eu tiver saúde quero trabalhar. Mas assim... Não é por ganância. Uma que eu gosto mesmo. E outra que eu tenho uma satisfação pessoal. Uma satisfação pessoal... Eu me entreguei para a área da enfermagem. Vivo mais com ela do que com minha família. Eu amo, tenho dois filhos, mas eu acho que vivo até hoje com meu marido, porque não tivemos assim uma relação contínua. Foi mais dividida. Eu o conheci quando tinha 14 anos e ele 16, e nos casamos quando eu tinha 18 anos, e estamos até hoje, mas é por isso. O meu trabalho é minha vida.

Em primeiro lugar... Não sei se eu fixei... Quando eu era juvenzinha minha mãe dizia: – Em primeiro lugar seu trabalho. Seu primeiro marido é o seu trabalho. Mais do que o homem que você vai encontrar. Será que foi isso? Pode ser? Eu adoro o que eu faço.

Como eu contei, no começo minha mãe me levou. Eu comecei a me envolver quando comecei a amadurecer mais, depois dos 30, 35. Comecei a ver a vida de uma maneira diferente. E quanto mais a gente vai envelhecendo mais a gente tem consciência da vida da gente aqui. Fico imaginando se todo mundo soubesse que a vida tem um início, um meio e um fim. É complicado, não é? Eu estou com essa idade agora. Fico imaginando... Meus filhos, os dois, estão sempre em casa, mas têm a vida deles, o trabalho deles, a família. Então quem me recebe? A minha profissão. É o que eu sei fazer. Sou normal?

A população idosa está aumentando muito, né? Dizem que a partir de 2016 nós vamos ter 80% da população idosa. Temos que preparar muito bem nosso

peçoal para isso. Porque ninguém gosta do velho. Sabe porque eu estou falando? Eu tenho minha mãe com 87 anos. Mora comigo há 4 meses. Morava na casinha dela, daí minha irmã casou e levou para morar com ela. Minha irmã dava aula e agora aposentou. Minha mãe cuidou dos filhos dela desde bebês. A menina casou, minha irmã aposentou agora, faz uns dois anos, e de repente ela reuniu os irmãos – somos em quatro – e falou que não tinha mais condições de ficar com a mãe. Não tinha tempo de passar um creme nela, estava com os pés rachados... Minha mãe estava magrinha. Pele e osso. Minha irmã disse que não tinha tempo disso, daquilo. A gente ia na casa da minha mãe e ela sempre dormindo. Mas pensávamos: São os medicamentos. É por causa do Alzheimer. Veja! Agora ela tirou o remédio da pressão, o colesterol está ótimo.

Minha irmã não quis ficar mais com ela. Queria colocar no asilo. Eu assumi. Mas eu pus meu marido pra assumir também. Quem vai cuidar da mãe sou eu. Não vou colocar no asilo. Eu sei o que é um velhinho abandonado. Fiz um quarto para ela e na lavanderia fiz um banheiro. Mudei toda a minha casa. A estrutura da casa. E ela está lá comigo. Ela sofre muito porque quer voltar para casa. A casa da minha irmã é a casa dela. Está lá comigo. Eu sofro um pouco, mas... E meu marido ajuda muito.

Ele nunca conseguiu aposentar. Ele nunca assumiu responsabilidade de pai de família. Mas para uma coisa ele era bom, porque me mandava estudar. Cuidava da casa, dos filhos. Mas a parte de trabalho eu dei conta a vida inteira. Até hoje... Agora ele está com 65 anos. Paga o INSS de tanto eu brigar. Ele me deu muito trabalho. Acho que eu sempre fui a mãe dele. A mãe dele sempre o desprezou. Fazia diferença entre ele e o irmão. Então tem todas essas histórias aí... Mas hoje ele cuida da minha mãe. Hoje eu vim trabalhar e ele está lá com a minha mãe. Ele faz comida... Mas ela anda bonitinha, come sozinha, toma banho sozinha... Não está totalmente dependente. Só que não posso deixar, senão ela sai andando, larga gás ligado.

Acho que eu sempre fui a mãezona, sabia. Com os pacientes também sou. As meninas falam: – Ah! Este paciente está dando muito trabalho. Está querendo ser o que não é aqui dentro. Eu falo: – Gente! Não tem problema. Eu vou lá. Às vezes ficam magoadas comigo. Mas gente, como vou fazer isso?! Não vou judiar do

paciente. Não vou. Porque não sei, né? É isto que gosto de fazer. Cuidei do meu marido a vida inteira, fui mãe dele, porque não vou cuidar dos outros. Não foi fácil, viu?!

Aguentei bem. Teve dias em que estava cansada, mas eu estava fazendo o que gostava. E outra... Estava dando condições de criar meus filhos.

Às vezes meu marido olha pra mim e fala: Helena, você tem um coração que não é seu. Você faz muito pelas pessoas. Eu falo: – Ah! Eli... Acho que é Deus que me preparou para isso. Mas a gente tem muitas decepções. Eu sofro com isso.

Se eu brigar com alguém o meu dia acabou. Eu fico até sem dormir. Isto é normal, né? Sofro.

Como com minha mãe. Ela fala 20 vezes a mesma coisa. Eu falo: – Mãe, não é assim. A Dalva – minha irmã – mudou para uma quitinete. A senhora não tem condições de morar lá. Fica aqui comigo. Eu tenho um irmão com 65, uma com 57 e esta com 53. A que não quer ficar mais com a minha mãe.

Meu pai faleceu. Jovem. Tinha 55 anos. Acho que minha filha estava com 3 anos. E ele era bom. Eu me lembro. Acho que puxei um pouco as coisas dele. Ele fazia festa na rua. Mesmo pobrezinho fazia. A casa dele não era dele sabe. Meu pai era muito ligado ao trabalho dele. Nossa! Não perdia por nada. Uma vez eu lembro que deu enchente na rua de casa, choveu muito, e ele saiu para ir para o trabalho. Ele pegou, arregaçou a roupinha dele, e foi embora trabalhar. Só andava de terninho. Trabalhava na estrada de ferro. Ele não perdia dia de trabalho.

Eu também já cheguei a vir com quase 40 graus de febre trabalhar aqui, porque não tinha quem fizesse o meu trabalho para mim.

E eu sou assim. Não sei se eu sou normal... Pergunto: - Meu Deus, será que eu sou normal? Minhas colegas dizem que sim: – Ah! Helena. É sim. Às vezes penso que não.

Um caso que me marcou muito foi de um rapaz, quando eu trabalhava aqui no PS. Ele chegou baleado, sabe? Mas parece que ele estava suplicando a vida dele. Não esqueço do olhar... Já chegou em óbito, mas como estava com os olhos abertos... Ele foi assaltado e trouxeram. Ele olhava assim: – Me salve! Nossa! Isto

me marcou. Eu não esqueço esse rapaz. Aquele olhar: – Me salve! Não era para morrer.

Teve uma moça que chegou com parto pélvico e depois tiveram que fazer a dissecação da cabeça do bebê, porque só ficou com os pezinhos de fora. Coitadinha! Também sofri muito. O marido, ela, né?!

Teve aquele acidente de trem que veio pra cá também. Muita gente sofrendo, perdendo pedaços da mão, do dedo. Essas coisas tristes... A gente perde alguma coisa da gente também, né?!

E os velhinhos... Tenho muito dó daqueles velhinhos. Você acredita que eu saía todo final de semana hipertensa daqui quando fiquei um mês na Clínica Médica 2. É um abandono total! Aquela coisa... Literalmente abandonados. Ninguém põe a mão em um velhinho para examinar. A rotina é pedir exames... Aquela coisa rotineira. A gente dá os cuidados de enfermagem, mas ninguém pesquisa além daquilo. Aí vem a família, às vezes chama, você fala assim... Sabe por que eu saía hipertensa? Porque não estava me realizando. Não dá pra você dar atenção para todos. Um chamava, outro chamava, a família, o acompanhante... E às vezes brigavam. Um conflito muito grande naquela Clínica. A parte espiritual ali é muito pesada. E muito pouca gente trabalhando. Você acha?! Duas pessoas de cada lado. Já viu aquilo?!

Outra coisa que me doía muito, quando passava nos quartos à noite, era o jantar do paciente que estava intacto. Como ele ia comer? Não conseguia. Não tinha condições. O meu horário de sair era às 19h, mas eu chegava à 18:30 horas mais ou menos e dava comida para eles. Eles passavam fome! Isso para mim é muito triste. Eu cheguei a ver isso. E paciente só com medicação nunca vai sarar. Ele precisa ser nutrido, ser hidratado, cuidado.

Você recebe muitos pacientes que a sonda obstruiu, saiu, e ninguém passa! Todas essas coisas na Clínica Médica me deixavam muito triste. Porque eu não tinha pernas para tudo. Chegava a tarde e eu estava com dor na nuca. Pressão alta! Eu saí de lá normalizou minha pressão. Mas por quê?

Sabe como o pessoal fala hoje da Maternidade? Maternidade é Buscopan, sulfato ferroso, Voltaren. Não é isso! Não é isto só. Você perde uma paciente ali de



repente se você não tiver uma boa observação. Sangra, não tem boa involução uterina. Porque o útero vai começando a voltar. Se ele está retornando e dá um espasmo, resolve não mais involuir, acumula sangue, fica com sangue na cavidade abdominal, e o paciente morre. E aí é assim. As crianças... Você viu as crianças como estavam? Vinte e oito crianças! Tem que ficar de olho.

A gente queria que mudasse... Que as pessoas tivessem mais consciência do seu trabalho e do ser humano.

Com meus alunos também... É muita política econômica para o bolso do dono. Às vezes aquela pessoa não tem condição de ir em frente. Não tem mesmo. Não tem perfil. Não consegue, por exemplo, fixar os conhecimentos. Não é cuidadosa, respeitosa. E de repente você vê ela lá fazendo estágio. Acontece... Você fica muito triste. Mas às vezes você se surpreende. Tem um aluno ruim na teoria que fica muito bom na prática. E o contrário. Bom na teoria, e ruim na prática.

Mas a gente tem muita dificuldade. Temos alunos com 16 anos fazendo Enfermagem. É um programa do Governo. O PRONATEC. Com 16 anos entram. Alguns se sucedem bem. Outros não chegam até o fim. O pai quer... Eu me lembro da minha mãe que queria que eu fizesse Enfermagem. Mas aí deu certo, né?! Poderia não ter dado... Eles têm muita curiosidade, fazem questão de vestir o branco, mas às vezes é só isso. São dois anos de curso- saem com 18 anos. Alguns o que querem mesmo é andar de branco, se sentir “doutor”. Se ele estuda você não tem como diminuir a nota dele, mas ele não está fazendo por interesse mesmo... Ele não sabe o que vai encontrar lá na frente...

Mas aqui poderia mudar muito. Por que é assim?

Tem que estar junto. Conversando. Mas eu vejo muita reclamação. Tanto das pessoas atendidas, como das pessoas que trabalham. Mas alguns acham que adquiriram algum conhecimento e que não precisam de mais nada.

Estamos muito abandonados.

#### **4.8 A história de Manuela**

Quando procurei por Manuela, e falei do meu Projeto, ela encantou-se e disse: Ah! Eu também gosto tanto de estudar! É tão importante continuar aprendendo.

Ela é enfermeira, tem 41 anos, trabalha há 1 ano e 6 meses nessa Unidade, mas já teve experiências anteriores em outras instituições públicas de saúde.

Marcamos duas ou três vezes um horário para a entrevista, e por fim ela me procurou, dizendo que mais uma vez não ia conseguir. Agitada, disse que estava sobrecarregada, com muito trabalho... Na contramão da sua pressa, no entanto, sentou-se, e seguiu me dizendo o quanto precisava de tempo! Sentia-se “sufocada” pelas atividades administrativas. O seu tempo já foi outro... Agora os dias eram tão iguais. A rotina, os papéis, a correria, a submissão à autoridade médica: “Se não prestar atenção fico burra.” “Vou parando de inventar, de pensar, de aprender...” “Estou cansada. Nossa! Um cansaço!”

Marcamos outro dia para a realização da entrevista, e acertamos que fosse fora do seu horário de trabalho. Ela me disse que preferia assim, pois senão ficaria preocupada com o que se passava no seu setor, com os compromissos que tinha lá. Percebi que escolheu a possibilidade de uma conversa sem pressa. Ao sair perguntou um pouco mais sobre o meu Projeto, e me pareceu mais tranquila quando compreendeu que eu não estava buscando informações técnicas. “Assim é melhor.”

Da sua narrativa conservei uma impressão forte de que Manuela estava apertada em uma rotina de trabalho que “chega a doer”. “Todo dia a mesma coisa: cartórios, registros, apresentação da maternidade, altas, admissões.”

Após lhe apresentar o texto transcrito, ela disse: É... Preciso mesmo mudar a minha vida. Não sabia que estava tão infeliz com algumas coisas. Ela não sugere nenhuma mudança no texto.

#### **4.8.1 E todo dia é a mesma coisa...**

Eu me chamo Manuela. Tenho 41 anos, sou natural do Estado do Piauí e migrei para São Paulo em 1996. Vim para trabalhar. Tinha 21 anos. Vim com o sentido de trabalhar mesmo. Fui mãe aos 20 anos, tinha um filho para criar, não me casei... Queria arrumar um emprego. A ideia era que aqui teria mais condições de trabalho. Lá no Nordeste, na minha região, eu não tinha.

Cheguei aqui e comecei a trabalhar. Fui vendedora em lojas, e encontrei patroas que falavam: – Vá estudar! Você é jovem, tem todo um futuro pela frente! E aí fui fazendo esse plano.

Comecei a me perguntar: – O que eu quero ser? O que eu quero fazer? Foi difícil escolher. Porque eu sempre tive a ideia que eu queria fazer Medicina. Queria ser geriatra. A gente vê as condições de vida e de saúde dos idosos, né? Mas e aí? Não que eu não tenha mais vontade... Mas nas minhas condições... Fui vendo que precisava escolher outra coisa. Então vou fazer o quê? Aí decidi pela Enfermagem. Falei: – Enfermagem é um caminho. Quem sabe no futuro eu possa vir a fazer a medicina. Aos 34 anos então eu ingressei na Universidade. Não tinha feito nada na área antes.

No decorrer do curso eu fui gostando do assunto e me apaixonei pela Saúde Pública. Já na formação descobri o desejo da saúde pública. Por que, não é? Sendo que há outros caminhos, que eu poderia ter feito outras escolhas. Mas eu queria saúde pública. Eu comecei a perceber e a acreditar que a base da saúde está na prevenção e promoção da saúde. Essa foi a razão. Por acreditar que vale à pena pegar uma pessoa e ensinar a se cuidar, talvez. E aqui no Hospital fui encontrar pacientes que não cuidaram disso. Da prevenção... Aquela fase em que deveria ter se cuidado, prevenido, foi pulada. Quando a gente estuda saúde pública entende a importância deste momento.

Logo que terminei a graduação fui fazer uma residência pelo Ministério da Saúde em 2012. Um período engraçado, porque trabalhei um ano em uma Unidade Básica de Saúde – UBS lá em Diadema, por um programa chamado PROVAVE – Programa de Valorização da Saúde Básica. Eu tinha acabado a graduação. Concluí a graduação em 2011 e logo ingressei nesse Programa. Fui contemplada com uma das vagas e fui pra lá. Para mim foi uma maravilha! Descobri o que era mesmo Saúde Pública.

Quando o programa foi lançado a intenção era que o enfermeiro se inscrevesse para algum município. Tinha vagas em todos os estados, e os municípios recrutavam o número de enfermeiros que eles queriam. O pagamento da bolsa também era de acordo com o município. O que eu fiz? Me candidatei para ir para o Amazonas. O Ministério da Saúde ia me dar um apoio maior. Teria um salário, auxílio-moradia... Mas o que mais me encantou foi eu ter a oportunidade de trabalhar com a população ribeirinha. Esse foi o objetivo. E lá era 100% atenção básica. Imagina você ficar lá, isolada, digamos, de uma cidade grande! Começar a viver uma cultura diferente. Às margens do rio, com uma condição sanitária muito inferior. Para mim ia ser um conhecimento muito grande. Então eu escolhi.

O que aconteceu é que na época a Prefeitura de lá estava passando por uma experiência difícil. O prefeito tinha sido preso. Então não me chamavam, não me chamavam... Eu liguei para a ouvidoria do SUS e disse que não tinha como o município que escolhi me receber! Eles me redirecionaram para Diadema. Fiquei numa UBS que tinha só 4 equipes de saúde. E foi muito bom, porque aprendi muito.

Lá teve um caso... Foi engraçado... Eu me emociono muito quando lembro... Foi minha primeira vivência... Me deparei com um senhor, Seu Geraldo, que estava há um ano e três meses fazendo tratamento de uma ferida diabética. No pé esquerdo. A ferida não cicatrizava. Eu passei a observar que todos os dias ele ia até a UBS só para trocar o curativo. A auxiliar todos os dias repetia a mesma rotina: lavar com soro e passar faixa. Eu falei assim: – Não. Vou ver. Peguei, numa quarta-feira, e falei: – Hoje eu vou fazer o seu curativo. E fui fazer. Observei que não era uma ferida exatamente. Era uma calosidade. E que no centro desta calosidade drenava uma secreção. Tinha um furinho e drenava. Bastante edemaciado, e aquilo, segundo o pessoal, já vinha há muito tempo. Pensei: Não. Tem algo estranho.

Eu tinha recebido o protocolo de curativos, tinha visto que o enfermeiro podia fazer um debridamento no local, dependendo da profundidade e até certo grau. Não ultrapassando o meu limite, comecei a fazer isso. Eu marcava toda quarta-feira e fazia. Um dia eu fiz o debridamento desse tecido caloso e percebi que embaixo desta calosidade tinha uma cratera. Tinha uma ferida coberta com esse tecido. Aí abriu-se uma ferida horrorosa. Falei então para ele e para a equipe: – Toda quarta quem vai fazer o curativo dele sou eu. “E vou dar um período, Seu Geraldo, de 4

meses, para a gente sarar essa ferida” . Ele falou que já tinha perdido duas cirurgias de catarata por conta da ferida que não cicatrizava. Fomos percebendo uma melhora, uma melhora, mas depois de 3 meses e meio eu me afastei por 15 dias, por conta da saúde do meu pai. Quando eu voltei, eis a minha surpresa! O homem estava com a ferida fechando e já tinha feito a cirurgia da catarata! Então, assim, ele se recuperou em menos tempo do que eu previa! Ele veio junto com a sobrinha para me agradecer. A sobrinha dele queria conhecer quem foi essa enfermeira que em 4 meses tinha conseguido ajudar a cicatrizar a ferida do tio dela, que em um ano e meio ninguém tinha conseguido. Esse caso me fez ganhar o período! Foi o auge. Falei: – Valeu meu estágio! Isso me marcou.

Mas foi difícil para mim no início. Talvez pela falta de experiência na saúde pública... Achei difícil a abordagem à população. Eram bastante carentes! Saí de uma Amazônia, e fui para outra. Engraçado que lá era um Município chamado Pantanal. É a comunidade do “Pantanal”. Tem bastante enchente, dengue, leptospirose, tuberculose... E o difícil foi aprender a lidar com essa população... Falar uma língua, não a língua científica, dentro do que a gente aprende, das técnicas, das terminologias da enfermagem, mas falar a língua da população. Isso foi difícil.

Era preciso tratar com carinho. Eu comecei a perceber que eles procuravam a gente nem sempre porque a doença era grave, mas porque queriam desabafar. Saíam bem depois disso... Com uma simples conversa, com uma orientação, saíam felizes e depois voltavam para agradecer. Isto me encantou e encanta! Você poder ajudar as pessoas da melhor maneira... Às vezes é tão simples... Isto é muito bom. Um retorno maravilhoso. Não é fazendo grandes coisas, grandes estratégias, executando grandes ações que você vai ser reconhecido depois. Mas é no dia a dia. Um pouquinho dia a dia. Trabalhinho de formiga, diariamente... Isto é gratificante. Para mim é. Fiquei um ano. Saía daqui todo dia, de segunda a sexta, ia fazer a residência, e no sábado eu estudava.

Depois fiquei em torno de um ano e meio buscando trabalho, mas me faltava experiência tanto em hospitais, como na atenção básica. Daí a oportunidade veio. Prestei concurso público e vim para cá. Tentei continuar na Atenção Básica, mas não foi possível...

Aqui foi outra experiência. Porque você vem com aquela visão de atenção básica, de promoção e prevenção, fazendo visita domiciliar, consulta de puericultura, de pré-natal, grupos... Eu já tinha tudo isso formado na minha rotina... E aí caí em uma unidade mais restrita, que é o hospital. O tratamento que um hospital oferece é mais restrito, mais específico...

Logo de início comecei a trabalhar na Maternidade, e lá fiquei até hoje.

Me causou bastante ansiedade! Por ser um ambiente novo, por eu não ter nenhuma experiência hospitalar, a não ser nos estágios. Mas os estágios são tão simples, sempre somos vistos como alunos, tem aquela base ali apoiando que é o professor. A gente se sente apoiado. Toda situação a gente tem a quem perguntar. Quando a gente entra como responsável por um setor, pelas ações, tendo uma equipe para você orientar e trabalhar junto, isso causa assim um frio na barriga. Foi o que eu senti quando eu vim. Mas eu enfrentei, porque esse era meu objetivo. Queria ter novas experiências. Aprendizados. Faz parte da minha carreira.

Quando cheguei conversei com minha chefe, ela perguntou com qual setor eu me identificava e falei: – Maternidade. Foi uma das áreas em que fiz estágio. Eu me identifiquei. Tanto que queria também ter feito pós em Obstetrícia. Na época, quando cheguei na Maternidade, tive muito apoio da enfermeira que trabalhava lá. Adelina... Apreendi muito com ela. Fiquei uns 4, 5 meses com ela. Foi muito bom, porque ela ia me passando todas as rotinas, experiências. Agradeço a Deus ter me dado a oportunidade de ter alguém para me ensinar. E à equipe, que também é espetacular. São muito boas! Graças a Deus não tive conflitos, e não tenho com nenhuma delas. Me aceitaram bem. Procuramos trabalhar juntas, porque não tem outra forma. E isso eu adquiri lá na atenção básica. Que só se trabalha em saúde se for junto. Não dá para fazer um trabalho individual.

Outra coisa é que na Unidade Básica você tem mais autonomia. Dependendo da situação, nós somos responsáveis pelo diagnóstico do paciente. A gente faz o acolhimento e a partir daí vemos se é necessário encaminhar para uma consulta médica, ou se uma enfermeira pode resolver. Muitas vezes é uma situação que o enfermeiro com a equipe resolve. Fazemos a sistematização, colocamos em prática e resolvemos. No hospital a gente depende muito do diagnóstico médico, das

prescrições médicas... A gente não tem autonomia. Às vezes a gente tem ideia do que fazer, mas não pode. A gente vai muito pelo diagnóstico médico.

Na Maternidade, pelo fato de trabalhar com puérperas, temos uma rotina bem específica. Bem parecida todos os dias. Na atenção básica trabalhamos com uma atenção que é adequada para cada paciente. Por isso a visita familiar. A gente vai na casa do paciente, a gente conhece o dia a dia dele, como ele vive, quais os hábitos. A partir daí sabemos planejar com mais eficácia. Aqui a gente só pode ter a escuta do paciente. E às vezes nem temos tanto tempo para isso. Devido às rotinas administrativas, essa coisa de papéis... Tem muito... Se eu tenho dez mães, tenho dez RNs também. Vai para 20 pacientes. Tenho a rotina dessas 20 pessoas.

Esse negócio da papelada toma muito tempo! Não deixa muito tempo para uma assistência mais individualizada. Faço a visita, converso um pouco, e a partir daí eu faço uma orientação verbal. Mas trabalhar essa coisa que eu gosto que é do começo, meio e fim, não dá. Tentar mudar, acrescentar algo no conhecimento do paciente, fica mais difícil aqui. Sinto falta disso. Chega a doer. Sofro. Queria ter mais tempo. Infelizmente não dá... Por isto eu falo que falta o tempo! Mas a gente faz o que pode. Não desisto de fazer o melhor. Não desisto de oferecer o melhor. Às vezes essa correria deixa a gente estressada, nervosa. Mas não desisto. Foi o que eu escolhi.

O que me faz estar aqui todos os dias é saber que eu posso ajudar. Porque eu posso. Eu estudei para isso, me preparei para isso, então posso ajudar.

E eu reconheço os momentos em que ajudo os outros. Aqui mesmo teve um caso que foi engraçado, no final do ano passado, de novembro para dezembro. A gente teve uma paciente que retornou na Unidade por uma infecção pós-parto cesáreo. Era uma infecção do centro cirúrgico e ela tinha bastante secreção. Uma secreção sanguinolenta... Ela voltou numa sexta, eu tive folga no final de semana, e quando voltei na segunda a menina estava com dreno, abdômen inchado. O pessoal ia, fazia os curativos e nesse dia eu resolvi fazer o curativo dela. Quando eu abri o curativo tinha muita secreção. Eu fiz uma massagem – aquela massagem que drena – que eu aprendi na época da saúde pública. Aí eu consegui massagear, drenar, fazer o curativo bonitinho e deixei. No outro dia quando eu retornei na Maternidade a paciente me chamou, e eu fiz novamente. No 3º dia ela me chamou para agradecer

e disse para o ginecologista que se sentia muito melhor depois que eu fazia o curativo dela. Que deixava ela com menos dor e que até conseguia dormir. Que tinha confiança no meu curativo, na minha drenagem. Que ela preferia que eu fizesse. Uns 5 dias depois ela foi embora. Recebeu alta e me deixou muito feliz por saber que eu dei melhor condição de saúde para ela- ela se sentia melhor, conseguia dormir. E saúde psicológica também, porque ela sentia confiança, segurança que estava melhorando. Eu ia lá, eu massageava, eu pegava com carinho, e ela se sentiu mais segura. Para você ver que às vezes não é o muito que deixa a gente feliz. Você faz tantos curativos, mas quando vem uma dizer “eu estou melhor”, “estou me sentindo bem”, “prefiro que você faça”, é maravilhoso! É maravilhoso! Você cuida de 20, 30, mas se um vier te agradecer, e mostrar que está feliz com o seu trabalho, isso já basta. Vale à pena!

É necessário ter atenção. Isto vai da pessoa. Tem gente que consegue ser frio o tempo todo. Tem gente que consegue ser agressivo o tempo todo. E tem outros que conseguem ser meigos o tempo todo. As pessoas falam pra mim que sou meiga o tempo todo. Não me vejo assim. Porque às vezes eles não sabem quem sou eu e dizem: – Ah! Aquela que passa no corredor e dá risada. Sempre com um sorriso no rosto. Acho que é necessário, porque o paciente já vem para cá com uma situação de saúde deprimida. Ela não vem pra cá para olhar para mim. Vem porque não está legal. Ele não gosta de estar aqui. Na maioria das vezes, na verdade, eu sou eu mesma.

Então eu dou atenção porque me coloco no lugar da pessoa. Quando eu escolhi a enfermagem eu já sabia que ia cuidar. A gente tem que estar sempre pronta para cuidar. Sempre pronta para dar atenção. Eu procuro fazer isso dando o melhor de mim.

Às vezes a gente está um pouco estressada, assoberbada, mas aí quando você vai para conversar, vai para dar atenção, você “Opa! O momento é do paciente, não é meu”. Procuro dar o meu melhor. Ter atenção. Tratar com carinho. Procuro evitar misturar. Quando estou muito sem paciência prefiro ficar mais isolada, fazer mais a parte burocrática... Mas sempre procuro fazer com atenção e paciência. Mesmo assim a gente ainda comete deslizes. Imagine se não fizer com atenção. É uma situação que exige muita atenção da gente. Quando eu saio daqui eu saio



sugada, porque a gente deixa tudo com o paciente. Você sai e diz: – Nossa! Estou cansada. Mas não é o cansaço físico. É mental.

Entristece a falta de profissionais adequados na quantidade. A gente trabalha com uma quantidade pequena de profissionais. A equipe é pequena para um monte de pacientes. No caso, no meu horário, sou só eu de enfermeira no setor. Você não tem um apoio para te ajudar. Para fazer algo com alguém. Se tivesse mais alguém, enquanto estou fazendo uma sistematização, o outro iria lá dar mais assistência aos pacientes. Então tenho que me virar e tentar fazer tudo.

Me entristece não conseguir colocar em prática aquilo que eu sei. Tentar dar mais para o paciente... Um exemplo é a mãe que ganha neném. Ela não sabe amamentar. Claro que a gente tem o apoio da Mãe Paulistana com a amamentação, mas no momento em que elas não estão presentes na sala, estamos eu e a equipe, eu gostaria de poder ir lá e ajudar na amamentação. Ensinar... Fazer palestras... Se eu trabalho numa maternidade, e tenho mães e bebês, alojamento conjunto, aleitamento materno exclusivo, você entende que o enfermeiro no caso teria que fazer no mínimo uma palestra sobre amamentação. É legal, não é? Quem faz? Ninguém. Porque eu sozinha não dou conta. Como vou montar uma palestra, que requer no mínimo 40 minutos, e fazer a sistematização, dar assistência à equipe, que toda hora solicita, resolver outras situações fora... Não dá tempo!

E todo dia é a mesma coisa... Temos os cartórios, registros, temos a apresentação da maternidade, temos alta, admissões... Então isso toma as minhas 6 horas. Me entristece... Isso de não poder fazer melhor. Faço o que posso, mas gostaria de fazer melhor. Na unidade básica eu fazia grupos de gestantes, grupos de hipertensos e diabéticos, visitas domiciliares para tirar dúvidas, o acolhimento... Eu ouvia e orientava... Tudo isso eu fazia no dia a dia.

Eu quero poder continuar aqui e ainda conseguir uma UBS para trabalhar. Eu ia ficar muito feliz. Ter os dois.

A minha paixão é Saúde Pública.

Eu estou gostando porque de certa forma eu coloco em prática o que dá para ser colocado. De certa forma eu ajudo. E quando eu falo de ajudar, não é só ajudar ajudando, é oferecer um conhecimento para que ela não precise voltar aqui pela

mesma situação, por exemplo. Então ela precisa aprender a se cuidar. Ter melhor qualidade de vida. Procuro colocar isso na prática, porque foi o que eu aprendi.

Com os idosos eu acho que tenho que fazer alguma coisa no futuro... Eu ainda penso na Geriatria, mas vim parar no início da vida. Mas eu pretendo... Não sei o que vai ser... Vamos esperar... Eu nem sei por que esse interesse... Meus pais estão vivos. Minha mãe tem 65 anos e meu pai 75. Estão vivos, graças a Deus.

Quero estudar mais também. A gente vem para uma área em que não pode parar de se atualizar no conhecimento. Gosto de estudar... O conhecimento não tem limites. Quanto mais a gente estuda, menos sabe. Estudar é sempre muito bom.

Mas a gente vê... Estou aqui há um ano e 5 meses, e não tem nada no sentido da educação. Não tem um curso, não tem uma palestra... Para fazer um curso você precisa sair do seu trabalho. Precisa “poder” sair. Porque eu sair da Maternidade para assistir a uma palestra, com a minha cabeça lá dentro, isso não é nem saudável. Estamos aqui agora e eu não estou no meu horário de trabalho. É assim que tem que ser. É tranquilo. Não estou preocupada com nada. Isso fazem muito na Atenção Básica. São cursos, palestras, fora do seu horário de trabalho. Ou, mesmo quando é dentro do horário, eles tiram você do setor. Falam assim: – Amanhã o enfermeiro não fica no trabalho, porque tem um treinamento, tem um curso. Isso tem um valor. “Amanhã das 13 às 14 horas o setor será coberto pelo enfermeiro tal, porque a enfermeira Valentina está em treinamento”. Então eu vou ter minha hora de treinamento na paz. Porque era assim que a gente fazia na UBS. Assim funciona. Quando o enfermeiro de uma equipe está em treinamento, outro cobre. Tem valor esse treinamento.

Aqui você é jogado e parece que está tudo certo. Se você não se virar para correr atrás do seu conhecimento sozinha, ninguém te incentiva. Então penso: Nossa! O meu conhecimento parou aqui?! Essas coisas...

Mas aqui falta reconhecimento. Falta reconhecimento principalmente pelas nossas chefias mesmo. Então, assim, a gente faz, faz, e você não ouve ninguém comentar, tipo “olha, que legal!”. “E aí, está tudo bem? Está dando certo? Quais dificuldades você encontra?”. Isto seria bom... Esse retorno faz com que você seja motivado, e reconheça que está dando tudo certo, ou que você está tendo alguma

dificuldade, o que também motiva. Então... Essa falta de comunicação desmotiva. A falta de ser olhada. Se você fizer errado não tenha dúvida que virá um *feedback*, mas um retorno para fazer você pensar “Ah! Este é o caminho!”, isso não vem. É essa falta de resposta... Falta de alguém estar vendo o trabalho da gente.

As pessoas perguntam por que eu quis trabalhar com saúde pública. Porque as pessoas veem saúde pública como saúde de pobre. Como “cuidar de pobre”. E cuidar de pobre não tem valor. Eu falo: – Infelizmente!

A gente mora num país onde o maior convênio chama SUS. É o convênio da população. Eu fiz uma cirurgia... Uma cirurgia corretiva para remoção de estrias no abdômen. Uma cirurgia cara, que custaria de 12 a 17, 18 mil reais, e para o SUS minha cirurgia custou R\$ 612,00. As pessoas perguntam: – Onde você fez? Eu fiz pelo meu convênio, digo. “Convênio? Mas que convênio paga plástica?” Eu falo: – Uai! O SUS! As pessoas fazem uma cara de que o SUS não é nada. Gente! O SUS é convênio que atende o pobre e o rico, o preto e o branco, o feio e o bonito. Sem distinção atende todo mundo. Muitas vezes, na hora do pega pra capar, quem segura é o SUS. Falam mal do SUS! Aprendi a conhecer... Mas o profissional é desvalorizado...

Quem faz o SUS ser um plano com qualidade inferior? É o pessoal que administra. São os grandões. A ideia do SUS é muito boa. Se fosse colocado em prática, como é na lei, a saúde teria mais qualidade.

Depende da gente também. A gente tenta fazer o melhor. Mas o prejuízo maior vem lá de cima. Do nível federal... De quem governa... O dinheiro vai se perdendo... Os projetos vão ficando só nos papéis... Uma coisa bem maior... Um exemplo é que quando você trabalha numa instituição particular, você tem que usar um material com moderação. Se você vai fazer uma injeção sabe que precisa de uma seringa, uma agulha, água destilada, da medicação e de uma luva. E de um curativinho. E eu presto conta disso tudo. O SUS é uma torneira aberta! As pessoas usam duas, três seringas; dois, três pares de luvas; vão usando assim... Isso também cabe a nós ministrar com moderação, com responsabilidade, para que não falte. Eu cuido muito dessa parte. Por isso quero fazer gestão em saúde. Para ter um outro olhar, tentar orientar de outra forma...

E a própria população não valoriza o que a gente faz. O que me entristece é a falta de respeito. É um pessoal muito mal educado! Você tenta fazer o melhor, tenta ajudar, mas eles fazem questão de te agredir. Tem bastante isso aqui. Semana passada, até entreguei relato para a chefe. Passamos uma semana bastante tensa, porque estávamos com duas gestantes complicadas – uma menor e uma outra de 28 anos. É um pessoal que te trata como se você fosse obrigada a trabalhar para elas... Como se você só tivesse as duas para cuidar... Com descaso... Fazendo pouco caso do seu trabalho. E com os médicos também é assim.

É difícil lidar com as pessoas... Muita violência. A gente tem que saber falar, o momento de falar, o tom de voz. É a comunicação. Interfere muito. Tem que estar preparado para tudo. Não é só na assistência, dentro do conhecimento científico, que você vai levando. É preciso comunicação. Saber lidar com as pessoas. Isso é estressante. É o mais estressante. Não é o volume de trabalho. É a relação. Profissionais e pacientes são muito sensíveis. Se você não tiver paciência, amor, tratar com carinho, digamos assim, mostrando que você está ali para fazer o melhor... Se você não tiver isso, você não consegue trabalhar, e entra em conflito. Eu tenho visto e tentado fazer o melhor. Sabe que às vezes com carinho você muda...

Muda. Porque estou com uma paciente que saiu hoje... Esta menina entrou bastante agressiva, com história de ser usuária de drogas... E muito esnobe. Tipo fazendo pouco caso, batendo de frente... E a gente fazendo o contrário, mostrando que estava ali oferecendo o melhor, que somos amigas, estamos ali não para criar conflito, mas para dar assistência... E vamos indo... Daí ela foi aceitando melhor a assistência. Se não tiver paciência você cria uma situação difícil.

O que não é diferente lá na Unidade Básica. Lidar com as pessoas é sensível. Tem que estar preparada para tudo, e cada momento é diferente. Cada pessoa é diferente. Não é porque são todas puérperas que são todas iguais. Assistência é individual. Cada um é um. Cada pessoa é uma. Cada pessoa tem a suas crenças, seus hábitos, suas diferenças... A gente tem que se adaptar. Isto é o que cansa, e é o que deixa a gente também se sentir feliz até! Se fossem todos iguais, todos os dias, não teria graça. Isto a gente aprende muito. Eles podem aprender com a gente,

mas a gente aprende muito. E cada dia tem uma novidade. Ainda numa unidade fechada, como um hospital, tem sempre algo novo para aprender.

Sabe... O seu Projeto está me lembrando das entrevistas que eu fiz para o meu TCC (Cuidados de enfermeiros no pré e pós mastectomia) com enfermeiros que trabalhavam no AC Camargo. Eles contavam que lá, até o 4º andar, era SUS, e daí para cima era particular. Quando cobriam um paciente SUS, ou abaixavam a cama, eles agradeciam. Os outros, que ficavam com os acompanhantes, muitas vezes nem agradeciam quando o pessoal da enfermagem fazia algo. Você faz muita diferença na vida de um paciente SUS! Eles têm tão pouco. Os outros têm muito, exigem muito. Nada está bom. Isso dói. Muito. Que divisão mais marcada!

#### **4.9 A história de Bárbara**

Bárbara é médica, tem 60 anos, e trabalha há 30 anos em instituições públicas de saúde, sendo 28 anos no Hospital em que concedeu a entrevista.

No dia e hora em que havíamos marcado a entrevista Bárbara procurou por mim. Estava saindo de um plantão de 24h, tendo passado a noite ocupada com muitas intercorrências – “um plantão difícil” –, mas estava ali, firme. Sugeri que se ela quisesse poderíamos deixar para outro dia, mas ela decidida afirmou que não: “Temos um compromisso”. Não tinha pressa, e não parecia cansada, enquanto contava com muita vivacidade a sua história: “Gosto de lembrar.” “Não é penoso falar de uma coisa que você gosta”.

Bárbara mostrou-se radical no seu compromisso com o trabalho que realiza. Não titubeava, não havia meio-termo: ela fazia “o que tem que ser feito”. Impressionou-me a sua honestidade, a sua experiência e a sua segurança. Ao escutá-la, pensei que, como afirmaria na entrevista, ela “tem o dom.” Compreendi porque é tão procurada tanto pelos colegas de trabalho, quanto pelos pacientes que vêm à Unidade no dia do seu plantão para serem atendidos por ela.

Quando fez a leitura da sua história, incomodou-se: “Nossa! Fui muito arrogante.” Concluiu que às vezes era mesmo, “mas não é só isso”. Reconheceu

seu valor: “O que fiz para a humanidade nesses meus 30 anos foi útil, foi bom.” Não sugeri na ocasião nenhuma alteração no texto.

#### **4.9.1 E eu prefiro ficar acordada**

Eu vim de uma família tradicional italiana onde mulher só podia fazer serviço de casa, ou, no máximo, estudar para ser professora. Eu enfrentei uma dificuldade muito grande, porque o meu tio mais velho dominava. Ele queria que todos os filhos dos irmãos fizessem aquilo que era vontade dele, e achava que mulher estava excluída de uma evolução cultural.

Mas eu sempre fui uma pessoa muito determinada e batia de frente com ele. Sempre fui boa aluna, e sempre falei que o que eu quisesse ser na vida eu seria, independente dos outros. Minha mãe foi uma pessoa que sempre incentivou os filhos nesse sentido, e sempre enfrentou o meu tio.

Eu não nasci numa família milionária, mas o meu avô por parte de pai tinha uma condição financeira muito boa. E o meu tio achava que só faria Medicina quem tivesse muito dinheiro, porque antigamente era assim mesmo. Ele falava assim: - Medicina é para quem tem muito dinheiro. Eu falava: - Medicina é para quem Deus deu a inteligência. E ele deu para mim. Eu enfrentava MESMO todos eles. Era a ovelha negra da família.

Como eu fui fazer Medicina? Eu sempre gostei de biologia. E gostava da reprodução humana. Achava muito bonito que de um espermatozoide e de um óvulo nascesse um ser humano. Isso sempre me chamou atenção desde a época de escola. Se existe o chamado, eu senti o chamado. Uma intuição: faça medicina.

E eu, antes da faculdade, já trabalhava, porque sempre fui muito independente. Minha prima era gerente do Bradesco e eu falei para ela que queria arrumar um emprego. Ela me arrumou em uma empresa onde eu trabalhava no setor de importação. Eu ganhava bem. Isto com mais ou menos uns 18, 19 anos. Entrei na faculdade com 20. Trabalhei dois anos e meio nessa empresa e juntei um dinheiro. Eles não queriam que eu saísse. Era uma empresa que produzia produtos químicos e foi comprada pelo grupo Gerdau. O Diretor na ocasião falava: – Você não

vai entrar na faculdade de Medicina, porque você vai continuar aqui comigo. Eu dizia: – Se depender de mim eu já estou lá.

A FUVEST foi minha primeira decepção, porque eu não entrei na USP. Na época do cursinho fizeram um teste para ver quem estava melhor colocado. Nós éramos 3 que tivemos os melhores resultados. Os dois entraram, e eu não. Fiquei muito frustrada, porque sempre eu conseguia tudo que eu queria. Sempre fui determinada. Foi minha primeira decepção na vida não conseguir entrar numa faculdade pública. Era mais difícil naquela época, porque você escolhia São Paulo ou interior. A gente não tinha a orientação que tem hoje. Eu me arrependi de não ter prestado para o interior, mas eu teria que morar fora, me sustentar e isto custaria.

Quando prestei a FUVEST eu entrei bem colocada na primeira fase. Então estava certa que estava lá dentro. Quando não entrei, depois de fazer a segunda fase, um primo meu brincou: – Bárbara, será que a sua vaga não foi comprada por alguém com mais dinheiro? Eu falava: – Besteira. Mas no fundo não sei não. Tem certa verdade. Conheci, por exemplo, filhos de professores da faculdade que falavam que queira ou não há certa mexida lá dentro. Porque a prova era escrita e a gente não pedia revisão... Aceitava. Uma grande frustração pra mim.

Eu fiz então a Universidade de Mogi das Cruzes. Eu não queria prestar o vestibular lá, mas minha mãe falou: – Quero ver se realmente você é inteligente. Você só vai entrar em casa se fizer inscrição lá. Falei: – A senhora é quem vai pagar. E vai perder o seu dinheiro, porque eu não vou entrar mesmo. Cheguei com o comprovante de inscrição e falei com meu irmão: – Eu não gostei dessa faculdade. Não quero entrar. Não quero nem saber. Ele falou: – Você, fique quieta, porque pode ser que você entre lá mesmo. Não menospreze. Você tem que conhecer.

Foi ele que me levou, porque era longe. No dia do vestibular eu fui realmente descompromissada e acho que por isso eu entrei. “Vou fazer por fazer”, pensei. Na época você concorria com 50 candidatos por uma vaga e eu entrei. Meu pai era um dos que falava que se eu entrasse lá não ia fazer. Ele concordava comigo, por incrível que pareça. Mas quando viu que eu entrei ele falou: – Não. Você vai. “Mas o senhor não queria que eu fizesse lá!”, falei. “Mas você não vai perder um ano”.

E o mais interessante é que, acredite ou não, na volta, depois de fazer a inscrição, encontrei uma moça no trem que falou para mim assim: – Por que você está triste? Respondi: – Eu entrei na Faculdade de Mogi, mas eu não queria fazer lá. Ela disse: – Puxa a vida! Minha irmã fez lá e é uma excelente profissional! “É?!”, estranhei. Ela falou: – Não pense assim. Pense que você teve uma conquista. Falei: – Tá bom... Eu perguntei de onde ela era, onde morava... Ela me deu até o endereço: – Eu moro na Bernardino de Campos... Deu número e tudo.

Meu irmão também falou, depois que eu comecei a faculdade:- Não se preocupe com o nome da faculdade. Se preocupe em estudar. O mais importante é o que você terá de conhecimento.

Quando eu fui conhecer o lugar em que estudaria, gostei. Um *campus* bonito! Comecei a estudar, e nunca peguei uma DP. Daí me lembrei da moça que havia encontrado no trem e resolvi procurá-la para agradecer, dizer que tinha razão. Cheguei no endereço que ela havia me passado - até hoje me lembro-, falei que estava procurando por ela, e o porteiro falou que não tinha ninguém lá com esse nome. Eu falei: – Mas ela me deu nome, endereço, disse que morava aqui?! Eu não sei se é alguma coisa... Eu sou meio espiritualizada. Não sei se foi algum anjo... Ela me convenceu a fazer essa faculdade, e me incentivou. Ela não morava no prédio que me falou... Até hoje para mim é uma incógnita.

Na faculdade eu só estudava. Falei: – Vou estudar. Sempre fui boa aluna mesmo.

Nos três primeiros anos você fica perdida, porque é muita matéria para quem sai do colégio. O primeiro ano é o pior. Você vê aquele monte de coisas difíceis. As piores matérias... Eu só estudava. Eu era a maior consumidora de bloco pautado do supermercado. Eu gosto de escrever. Então estudo escrevendo, e desenho. Tenho memória fotográfica, então sempre estudei escrevendo. E no primeiro ano fiquei uma parede de tanto que emagreci. Viajava e estudava. Mas eu consegui ir bem.

Minha mãe então falou: – Não dá para você ficar indo e voltando. Daí eu fui morar em Mogi. Morando lá, com as meninas com quem eu tive convivência, via que todas eram boas alunas. Por exemplo, uma das minhas amigas era a melhor aluna do Dante, e ela também entrou lá. Então acho que o vestibular deixa a gente



nervosa. Sei lá... Outra colega também, que era a melhor aluna da escola, não teve a oportunidade de ficar em São Paulo. E aí a gente começava a conversar... Realmente estudar é o que a gente tinha que fazer.

Do terceiro ano para frente eu fechava tudo. Gostei muito da faculdade!

Logo me interessei por essa área da Obstetrícia. Eu acho mesmo perfeito! De um óvulo e um espermatozoide nascer uma criança! Gente! Uma coisa! Por mais que tenha outras áreas bonitas a Obstetrícia é a essência de tudo. Porque se você não tiver uma pessoa, de quem vai tratar? É uma coisa... Se você estuda a divisão celular, você diz: existe um ser superior. Falo que o meu anjo da guarda é grande. As pessoas dizem que se ele fosse um bom anjo da guarda não traria para mim os casos complicados que traz. Eu brinco, e digo: – Ele traz para quem sabe resolver. Então foi assim...

Você encontra certa dificuldade pelo preconceito das pessoas... Uma amiga da minha prima falou assim: – Ah! Você entrou em Mogi?! Respondi: – Eu entrei. Quero ver você entrar. Eu era bem assim. Falavam, e eu retrucava. Essa moça queria Medicina. Passou um tempo, e eu encontrei a mãe dela. Perguntei: – E aí... A sua filha, como está? Entrou na faculdade?! Medicina? Ela disse: – Não. Letras. Na USP, perguntei. – Não. Na Faculdade São Luiz, disse. Falar é uma coisa, agora estar lá dentro é outra, né?

Tinha também essa história do pessoal falar uma coisa um pouco pejorativa: “Entrou em Mogi...” Como se fosse um lugar péssimo. Eu aprendi muito lá. A gente tinha uma sala de anatomia muito boa. Os professores ensinavam bem. Era só você estudar. Eu tive boa formação, apesar de falarem tanto da faculdade. E segui o que meu irmão falou: – Estude em vez de ficar reclamando da faculdade. Tinha uma turma que só reclamava e pegava DP. Eu dizia: – Enquanto vocês reclamam, eu estudo. Eu resumia os livros. Sempre gostei de fazer coisas escritas. Eu sempre fui bem em prova redigida.

Estudei, me formei...

Antes de fazer residência eu fui acadêmica. Eu fiz o quarto, quinto e sexto ano no Amparo Maternal e na Cruzada Pró-Infância. Foi a pré-residência. Mesmo nos estágios eu sempre fui interessada. No quarto ano já queria fazer coisa de

quinto, no quinto do sexto. No sexto eu já era chefe do plantão. Eu sempre fui muito determinada, independente.

Depois fui fazer residência na Casa Maternal, no Leonor Mendes de Barros. Quando eu entrei lá eu peguei o terceiro lugar.

A prova oral para residência era com 4 professores, inclusive um professor muito reconhecido na época. Era extremamente metódico. Como eu não tinha sido acadêmica na Casa Maternal, eu não sabia exatamente como ele queria que eu fizesse a história clínica. Isso que a gente vê aqui: diagnóstico obstétrico, diagnóstico patológico obstétrico, diagnóstico clínico e cirúrgico. E também me deram a pior paciente que tinha na enfermaria para fazer a prova prática. Era uma paciente que tinha uma incompetência istmo cervical e não queria responder nada. Já tinha uns 10 filhos. Eu comecei a fazer a entrevista e ela disse que não falaria mais nada para ninguém. Eu falava para ela assim: – Mas senhora... Eu estou fazendo uma prova e se a senhora não me ajudar eu não vou conseguir a nota. Daí eu consegui tirar uma história mesmo com ela assim arredia, brava. Quando foi na entrevista oral com o professor ele chegou para mim e disse: – Deram para você a pior paciente da Enfermaria.

Participaram ainda da prova um professor que trabalhava no Hospital Brigadeiro, um ginecologista, e outro que fazia patologia obstétrica. E nessa, todos que eram da Maternidade entraram, e eu fui a seguinte.

Na época da residência eu fui muito interessada também. E sempre gostava de coisas difíceis. A parte do Isolamento é a que eu mais gostava de trabalhar. Antigamente existia a LBA – Legião Brasileira de Assistência, e como eu era uma pessoa dedicada elas me tratavam “assim”. Me tratavam com carinho mesmo! Tudo que queria lá eu tinha. Eu sempre fui boa, e quando eu entrei na residência já tinha muita prática. No final fui eleita a melhor residente da época. Eu falei: – Olha, que coisa! Eu entrei depois de todos eles.

E fiz muita amizade com o famoso professor, porque eu sempre fui muito dedicada. E eu era uma pessoa que defendia o meu ponto de vista. O pessoal tinha medo dele. Ele deixava as pessoas chorarem... Pais de família... Acabava com a pessoa. Às vezes eu falava: – Professor, não sei. Os colegas queriam me matar,

mas o professor virava e falava assim: – Tá vendo! Antes ela não saber do que falar besteira. Ele me ensinava. Ele era uma enciclopédia, mas muito difícil para lidar com as pessoas. Era meio rude como professor. Maltratava mesmo os chefes de plantão e eles morriam de medo de falar com ele. Quando algo saía fora do que ele considerava o ideal ele acabava com a pessoa. Eu assisti a muitas coisas feias. Mas eu não tive problemas. Ele gostava de mim. Até no Isolamento, quando eu fiz o estágio e passei, ele falou: – Ah! Você está aqui. Então eu estou tranquilo. Fui mesmo super bem na residência. Aprendi muito com ele e com os casos que eu pegava lá.

Eu fazia então a parte de Obstetrícia lá, e a de Ginecologia no Brigadeiro. Aprendi muito sobre cirurgia ginecológica nesse Hospital, porque para operar casos graves oncológicos eles eram radicais. O professor responsável pela equipe veio do AC Camargo. Tínhamos muitos casos raros... Coisas que você não ia ver nem nos livros, lá você via porque era muito grande o número de cirurgias ginecológicas. E eles eram bem rigorosos. Você entrava às sete da manhã e saía às sete da noite.

Tratar essa parte ginecológica era mais difícil, porque você não tinha uma retaguarda. Havia lá uma enfermaria que quando a pessoa chegava ali sabia que ia morrer. Então você imagina o que eu passava... Eu me envolvia muito com as pacientes, porque a família muitas vezes abandonava os pacientes oncológicos mais graves. Nem aparecia para visitar. Antigamente ter câncer gerava muito preconceito. E nós éramos a família daquelas pacientes... Quando chegava às 18h elas rezavam para que nós não deixássemos de cuidar delas... Eu acabava me envolvendo. Foi uma experiência muito importante, porque você acaba sendo mais humana. Vai vivendo uma situação diferente... Lá os casos eram mesmo muito graves.

O Brigadeiro tinha uma conduta muito boa para Oncologia. Você não punha uma paciente na mesa se você não pesquisasse tudo, se não fizesse um bom preparo. Eles lhe ensinavam a fazer um diagnóstico correto. Não era simplesmente colocar na mesa, tirar um tumor, sem fazer um preparo e sem fazer uma congelação na sala cirúrgica. Como eu falei o nosso professor tinha vindo do AC Camargo.

Era tudo rigoroso. Você fazia todo o trâmite, todo o pré-operatório, para depois fazer a cirurgia. Nisso você fazia uma conduta correta. Não é simplesmente fazer por fazer. As pacientes eram bem conduzidas. E tudo o que você precisasse

tinha lá. O Brigadeiro chegou numa época a ser hospital de ponta nessa área. Você tinha tudo de bom. Eu gostei muito de fazer residência lá. Eu aprendi muito. Sempre gostei de fazer as coisas corretas, então as orientações que tive, tanto no Brigadeiro, quanto no Maternal, foram muito boas.

Eu sempre tive boa mão cirúrgica. Eles gostavam de operar comigo. Como sempre fui interessada tive meio caminho andado. Sempre gostei mesmo de fazer cirurgia... A gente que opera às vezes tem boa mão, outras não. Eu tive o privilégio de ter boa mão cirúrgica. Consegui ganhar com isto. Eu sempre gostei. Graças a Deus tenho boa mão. Sou segura para operar. Acho que isso é um dom que eu tenho.

Aqui no Hospital opero tudo, mas cirurgia oncológica não é rotina.

A Medicina teve um grande avanço e muitas coisas novas surgiram a que não tivemos acesso na ocasião. Isso acho uma pena!

Eu prestei concurso para o serviço público porque era um emprego estável. Mas eu sempre tive consultório. Em 1985 eu terminei a minha residência e montei consultório com os colegas de residência. Pensamos: Vamos começar a parte prática da coisa, né? O chefe da residência dizia que para você começar a ter uma clientela você ia demorar cinco anos. A gente: Imagina! Foi verdade. Ele dizia: - Para você começar a ter alguma coisa você vai demorar 10 anos. A gente não acreditava no que ele falava. Ele era uma pessoa que já tinha consultório há muitos anos. Era verdade. Você começa a plantar o seu trabalho. E eu sempre gostei muito de me relacionar com os pacientes. Sempre gostei de fazer consultório.

Entrando no serviço público eu me decepcionei com uma coisa... Eu sempre prezei a qualidade do trabalho. Infelizmente a preocupação é com o número de pessoas atendidas. A qualidade fica a desejar. Esta foi uma decepção que eu tive. Por mais que você fale, não tem quem ouça. Você fala e fica ao vento!

Mas eu gosto de Pronto-Socorro. Nunca gostei de Posto de Saúde. No Posto você atende e vai mandar para onde? Eu já tive oportunidade de trabalhar em um Posto na transição entre o PAS e o momento em que voltei aqui para o Hospital. Mas você faz as coisas, e manda para onde? Não sei o que acontece que não

funciona esta máquina que começa na base que é o Posto de Saúde. No Pronto-Socorro eu me sinto mais útil, porque eu resolvo o problema mais rápido.

Para trabalhar em Pronto-Socorro você tem que ter perfil, porque você vive muito com coisas graves, difíceis. Tem que ter raciocínio rápido. Eu me sinto muito mais útil do que ficar sentada no Posto atendendo consultas. Isto eu faço no consultório. E no Posto você não tem uma continuidade no que está fazendo. Quando os Postos eram gerenciados por médicos, e existiam especialidades, funcionava melhor. Depois que colocaram médicos de família ninguém se compromete com nada. O médico de família realiza várias coisas e não conclui. Acaba fazendo o quê? Tudo encaminha para um hospital de referência e a solução, no local, não é feita.

Algumas pessoas perguntam: - A senhora ainda trabalha no PS?! Eu falo: – Gente! Eu trabalho porque eu gosto. Não estou lá esperando a minha aposentadoria. Eu trabalho porque eu gosto da urgência. Eu já fiz muita coisa importante. Tenho o dom cirúrgico, me dedico, tenho conhecimento. Já fiz muitas coisas importantes. Tenho boa resolutividade nos casos que eu opero. Eu brinco: Meu anjo da guarda está sempre comigo, porque eu tive bons resultados dentro das gravidades que eu peguei. E eu me sinto realizada.

Eu me aposento daqui a pouco.

No consultório estou há 33 anos. Falo: O que eu “pego” em meio dia no Pronto-Socorro não “peguei” em 33 anos de consultório. Gosto mesmo da urgência. O meu consultório eu domino, porque não tenho urgência. Aqui eu não domino. É o que vem de fora para você resolver na hora. Isto me traz uma bagagem de experiência e satisfação.

E ainda tenho desafios. Sempre. Não tem rotina. É dinâmico. Sempre você tem desafios. Por isto eu gosto. Você não tem duas coisas iguais no mesmo dia. Eu gosto de desafios, e por isto talvez me motive.

Achei engraçado o meu sobrinho, que faz engenharia, veio me visitar, porque a mãe da minha cunhada estava internada aqui na Clínica Médica. Ele chegou e falou: – Tia, eu lhe admiro. Eu tive oportunidade de ir naquele Pronto-Socorro, e olha! A senhora fala que tem que ter perfil para trabalhar lá e tem que ter mesmo.

Como vocês trabalham! Como é difícil viver naquele meio, naquela situação! Isto pelo pouco que ele viu, hein! Porque não tem costume de ir a hospital público. Tem convênio. “Não é qualquer um que encara”. Achei interessante. Ele falou: – Você realmente é admirável! É... Você que está acostumada, que está aqui todos os dias, vê aquilo e acha normal. Mas quem vem de fora se assusta. A pessoa que vem de fora pensa: Deus me livre ficar nesse Pronto-Socorro. Como você consegue?

Fui dormir tarde essa noite. Tivemos muitos problemas. Tivemos que fazer uma cesárea na madrugada. Teve um parto. E eu prefiro ficar acordada. Participo das coisas. Fico supervisionando. Não vou dormir enquanto não terminar o trabalho. Se tiver uma emergência, eu estou lá. Eu sou bem responsável. Apesar dos meus anos todos, estou perto da aposentadoria, eu ainda prezo o meu CRM. Você precisa tomar cuidado. Hoje tem as enfermeiras obstetrizes. Elas fazem, mas eu fico do lado. Eu já tive que intervir de urgência. Gente! Eu não sei... Mas os profissionais de hoje não têm a formação que a gente teve.

Por exemplo, eu fiz 3 anos de maternidade em dois lugares diferentes. Quando entrei na residência já sabia fazer parto fórceps, cesárea. Hoje o pessoal não tem esse tipo de estágio. Saem da faculdade para fazer obstetrícia. E a mão? E a experiência? Eu tive muita experiência no meu estágio e isso foi uma somatória. Foi importante para minha formação. Hoje você não tem isso. Hoje os profissionais não têm experiência, não tem mão!

Vejo que não existem mais residentes como a gente! Não existe uma coisa que se chama comprometimento. A pessoa não é comprometida com o paciente.

Não posso precisar, mas o pessoal que veio de uns 10, 15 anos para cá, é um pessoal que não tem comprometimento. Eu já trabalhei com pessoal mais jovem, e eu posso falar para você que não aconteceu coisa pior, porque eu sou uma pessoa que vou lá e vejo as coisas. Muitos casos, se eu não chegasse, talvez a finalização do procedimento fosse pior. Fazem, mas não sei... Hoje a gente comentava... Nós estamos nos aposentando e como vai ser com os que vierem depois? Vai ter muita coisa acontecendo.

Esse pessoal novo quer ganhar dinheiro. Eles saem sem experiência, não fazem residência, e vão para a batalha. Cadê a experiência? A residência dá

experiência! Dá um aprendizado, porque você convive com pessoas que já viveram a situação. E o que eles estão falando é que fizeram um levantamento nos AMAs, nas UBSs, e as pessoas não tem formação de residência. Elas dizem assim: – Não vou perder tempo com isso. Perder tempo em aprender?! Gente! Os estágios que eu fiz não eram remunerados. Eu pagava para aprender. Pagava alimentação. Não ganhava nada. Ganhava experiência. Hoje não querem saber de ganhar experiência. Querem saber de ganhar dinheiro. Infelizmente eu já vi colegas falando isso mesmo: - Eu estou aqui para ganhar dinheiro.

A minha prima foi atendida em um Hospital famoso. Ela foi lá com uma dor abdominal. Contou: – Bárbara, fiquei horrorizada! O colega que a atendeu falou assim: – É por isso que eu não gosto de ser clínico. Clínico tem que fazer tudo. Eu estou aqui para ganhar dinheiro. Você acha?! Falar isso para uma paciente que está com dor. Acho que foi bem infeliz. Ela morrendo de dor! Respondeu: – Olhe Doutor, eu entendo a sua situação, mas o senhor vai resolver meu problema? Ele lá discutindo e reclamando! Desabafando a insatisfação dele com uma paciente que está ali precisando de cuidados. Você vê?!

Às vezes eu fico irritada no PS porque eu vejo cada coisa... É muito fácil você fazer um pré-natal, a coisa complicar e você mandar para cá. As pessoas não se preocupam em evitar que aconteça o problema. O atendimento aqui pode não ser na qualidade que eu gostaria, mas a gravidade dos casos aqui é maior do que nos outros lugares. Vá ao Cachoeirinha que é alto risco! Já foi feita uma pesquisa. A maioria dos casos lá é de baixo risco. Aqui 80% é de alto risco! Então... Você não tem recurso. Tem que ter experiência, porque a coisa vem para cá e você tem que resolver aqui. Eu fico chateada com isso. As pessoas falam que o nosso atendimento de partos é pequeno. Sim. Mas e os casos graves, não contam? Porque você atender um casinho, fazer um parto simples, é fácil. Vá atender aqueles que são complicados, ou que tem uma patologia de base, e você tem que internar, tratar, para depois chegar à resolução. Hoje você não vê isto.

Essa complicação na maioria das vezes está associada a um pré-natal mal feito, sem muito cuidado. Ontem atendemos uma jovem que veio com a pressão alta. Aí eu perguntei: – Quantos quilos você engordou? Porque olhei, e ela já estava inchada. Você percebe que a paciente está fora de peso. Ela tinha engordado 34 kg!

“Porque eu fazia atividade física, daí machuquei meu pé e parei...” Sim. Mas não é só andar. E a dieta? Daí tivemos que resolver, porque você dava medicação e a pressão dela não estabilizava. Era uma paciente jovem.

Eu tenho consultório. Se você pegar na base tem pouca complicação. Sou muito preventiva, porque a prevenção ainda é a melhor coisa. Quando passo em frente ao Hospital na Dr. Arnaldo – Instituto do Câncer – e olho aquele monte de gente, eu falo: – Essas pessoas poderiam ter tido o privilégio de ter uma doença inicial e um prognóstico melhor, se tivessem tratado no início.

Eu trabalhei durante 50 dias numa UBS. Quando cheguei lá examinei 200 mulheres, porque eu fazia 3 períodos num dia só. Eu ficava das 7 às 19h. Eu falava assim: – Então, vamos examinar? Fazia a história. Elas falavam: – A senhora vai examinar?! Gente! Eu falei: – Por quê? Vocês nunca foram examinadas? Nunca tinham sido examinadas! Aquilo me abalou. Eu peguei tanta coisa. Eu fui até elogiada na rádio. A minha amiga falou: – Bárbara, você foi elogiada. Não que isso importe... A gente vê isso no PS: a falta do tratamento na base traz a consequência da gravidade.

Infelizmente agora você tem que atender UBS, urgência, emergência, AMA... Porque elas vão ao Posto e não tem médico. Então vêm pra cá. Tem coisas que você não pode resolver no PS. Eu já fui da época em que você tinha aqui Ambulatório de Ginecologia e de Cirurgia Ginecológica. A gente guiava do PS para o Ambulatório. Acompanhava os casos. Eu pelo menos acompanhava. As colegas operavam e não ficava essa fila de espera de 6, 7 meses, para resolver um problema que às vezes com uma curetagem resolveria. Ou com um tratamento clínico.

E você sente isso da falta de comprometimento vir da base!

Era muito diferente quando entrei. Acho que era muito melhor. Tinha exceções. Por exemplo, no Brigadeiro, a gente tinha um Ambulatório que fazia triagem de cirurgia ginecológica. Eles eram funcionários, que faziam Ambulatório, e mandavam as cirurgias para o grupo dos residentes. Uma vez eu com minha amiga pegamos um caso. Eles mandaram a guia de cirurgia a realizar, que naquela situação era uma histerectomia total. Mas nós sempre fazíamos a história clínica



antes. Isso é o que eu falo para você. Olhe só se não fôssemos responsáveis! Fizemos a história, examinamos a paciente... Nós achamos estranho... “Nossa, mas esta barriguinha da paciente está tão redondinha”. Gente! O sangramento que ela tinha era por uma gestação de 7 meses com uma placenta prévia! Você imagina se a gente colocasse a paciente para operar sem examinar! E o colega encaminhou para fazer histerectomia! Você vê?! Já naquela época existiam pessoas que também não faziam exames. Eu acho um absurdo você não fazer um primeiro exame ginecológico em uma paciente que vai fazer um pré-natal. Não se faz especular, não se examina mama. Eu não sei que raio esse pessoal faz lá!

Porque a gente vê aqui que corrimento vaginal é comum. A maior causa aqui de infecção urinária é corrimento vaginal em que a pessoa não fez o exame básico. Gente! Eu acho assim... Você perde tempo? Não perde muito, porque você quando adquire prática num instante faz. Eu fico espantada. Essa é a minha frustração no serviço público.

Os meus amigos que não trabalham em serviço público estão melhores do que eu financeiramente. Porque o que eu consegui com o meu trabalho honesto foi graças ao consultório. O salário da Prefeitura não foi sempre bom. Aliás, se fosse pelo salário, eu já teria abandonado faz tempo. Mas não é pelo salário. Eu gosto da urgência. Eu fiz e continuei no serviço público não pensando só na aposentadoria, mas porque eu gostava. Porque eu via coisas que não pegava no meu consultório. Eu vejo colegas, professores, que são da minha época e que também gostam de trabalhar aqui. Que fazem bem. Eu os conheço há muitos anos. São comprometidos com o que fazem também.

Mas, por exemplo, chegou um cirurgião novo há pouco tempo que teve boa formação. Fez a faculdade de Santos, fez vascular, residência aqui em São Paulo. Falei para ele outro dia: – Olhe! Já tive oportunidade de conhecer muita gente nova aqui. Você tem excelente formação. O melhor para avaliar um cirurgião é o anestesista. A anestesista falou: – Ele opera bem. Você ainda encontra pessoas também que são comprometidas. Muito menos do que antes, mas ainda tem.

Em algumas unidades existem uns “triadores”. É muito fácil ir lá, ganhar o seu dinheiro, só para fazer encaminhamentos. Já foi feito levantamento e 95% dos casos que eles mandam para o Hospital não precisaria ter vindo. Mas eu não sei se é a

cobrança do volume de atendimentos ou é desinteresse. Eu vejo colegas que estão fazendo ambulatório e são comprometidos. Raros. A maioria não é. Está assim: “Eu estou aqui para ganhar dinheiro e eu não me preocupo em examinar.” Gente!

Você vê nos serviços públicos da Prefeitura, quantas pessoas se inscrevem para o concurso? Poucas. As que trabalham são as que vêm pela Escola Paulista, SPDM, e que têm um salário 3 vezes maior do que o nosso. Raros vêm através de concurso público. Quem trabalha na Ginecologia? Poucos são servidores públicos. A maioria trabalha com a Mãe Paulistana. O salário nosso de 24 horas é o mesmo que eles ganham em 12 horas. Eles vêm e ganham bem. Trabalham, mas também ganham. E mesmo as pessoas que vêm para fazer alguns plantões nas outras áreas, elas são contratadas pelas OSs, e o salário é melhor. Se não tivesse o salário não sei se viriam, porque a situação do Hospital, eu que vivi sempre aqui, é uma situação em que você tem deficiência em muita coisa,

Temos dificuldade de diagnóstico, por exemplo. Se você precisa de uma tomografia, faz o quê? É difícil na minha área chegar a precisar de um complemento maior. A gente já tem experiência e acaba resolvendo sem isto. Mas em outras áreas é muito importante. Uma pessoa que teve um AVC, por exemplo. Até ela procurar uma vaga na rede para algum lugar, já perdeu tempo. Se tivesse um recurso diagnóstico aqui o prognóstico dela seria outro. Você vê em um bom hospital, particular, a diferença de você chegar com AVC lá e fazer a tomografia logo em seguida. O tratamento depende do diagnóstico, e isto custa a vida de uma pessoa. Como eu já vi custar. Isto revolta, porque você vê que se existisse o recurso diagnóstico a chance dela sobreviver seria maior. E muitas vezes eu não vejo este interesse no serviço público. Não estão preocupados. Estão preocupados com a quantidade de atendimentos, não sei... “Fulano atendeu tantos. Ciclano atendeu tantos”. Sim! Só que ninguém perguntou quais os casos graves que você atendeu, e quais os casos que não tinham gravidade. É assim: cabeças atendidas. Infelizmente. É minha frustração.

E frustração de você ver pessoas que poderiam ter feito uma medicina preventiva, mas deixaram os casos chegar onde chegaram porque não fizeram um diagnóstico mais rápido.

Você pega um tumor de ovário, por exemplo. Eu tive a oportunidade de acompanhar a amiga de uma funcionária. Ela tinha um tumor de ovário no mês de novembro. Ela veio aqui... Foi “rodando”, né. Vai “rodando”: ninguém faz diagnóstico, ninguém pede exame, aquela coisa. Aí ela pediu para o cirurgião avaliar e ele me chamou. Ela tinha uma tumoração de uns 20 cm. Eu fui ver os exames anteriores. Ela teve um crescimento muito grande do tumor, e isso não era bom. Era um tumor maligno. Ela teve uma sobrevida muito pequena depois disso. Tinha 42 anos. Podia ter tido a chance de ser operada, ter tido um prognóstico melhor, um período de vida maior, se ela tivesse feito um diagnóstico em tempo hábil. Isso que me deixa chateada, porque eu vejo que existe a chance de você fazer um diagnóstico precoce, só que você não tem recurso, ou não tem interesse.

Aqui muitas funcionárias vêm conversar comigo. Eu falo: – Se você tem condições, faça um exame particular. Quantas você consegue orientar antes de chegar num problema grave! Mas porque fazem fora. As pessoas que você atende aqui não têm esta condição. Então você fala: – Puxa! Vou mandar para onde?! Antigamente você tinha hospital de retaguarda para isso, para aquilo. Agora não tem. Você fica impotente. “Para onde vou mandar esse caso?!”. Alguns colegas aqui que trabalham também em outros serviços públicos, que têm interesse, orientam as pacientes para procurar o serviço em que trabalham, porque é uma maneira de fazer alguma coisa por elas. Mas é difícil, porque lá também elas vão passar por um período de avaliação, vão pegar uma fila. Eu tive a curiosidade de perguntar nessa região qual é a fila para uma cirurgia ginecológica comum, uma histerectomia, por exemplo. Seis meses! Não é só aqui. Um colega trabalha em outro hospital e diz que lá a fila é de 6 meses também. Coisa que aqui quando você tinha o Ambulatório não acontecia, porque as meninas operavam e a fila andava. Você encaminhava e sabia que elas faziam o diagnóstico pré-operatório e a cirurgia. Então a paciente não ficava “rodando” por aí, às vezes com uma hemorragia... Conseguiram fazer o diagnóstico e a cirurgia. Você vê que até isso está difícil. Eu fico abismada de ver essa fila gigantesca para cirurgia.

Eu falo: – Vou me aposentar este ano e saio de cabeça erguida. Ninguém pode falar “isso aqui” de mim. No sentido de falar: – Não. A Dra. Bárbara não foi

compromissada. Eu sempre trabalhei direito. Eu sempre pus na minha cabeça que responsabilidade não tem preço.

No meu consultório eu também trabalho assim. Aqui o que eu posso fazer pelo paciente, o máximo que eu posso fazer, eu faço. Às vezes sou criticada porque peço exames. Digo: – Eu peço o que precisa ser pedido. Ninguém precisa me ensinar o que eu preciso pedir, porque com tantos anos de formada não preciso de quem me oriente sobre a necessidade desse ou daquele exame. E você vê muito esta ironia em alguns colegas: – Ah! As pessoas vêm no seu horário ou no seu dia porque você pede exame. Parece que você está fazendo uma coisa errada e é criticada por isso! Eu não estou nem aí. Eu defendo o meu ponto de vista e acabou. Falo: – Ah! Tá, então. Mas pelo menos eu faço o máximo para resolver, porque se você tem um diagnóstico prévio, você pode dizer vou encaminhar para tal serviço. Alguns ultrassonografistas não questionam comigo os ultrassons que eu peço. Se eu peço com urgência eles dificilmente deixam de fazer. Eles sabem que não estou pedindo porque “eu quero” fazer um ultrassom. Na verdade, tem indicação. O pessoal não faz, mas critica quem faz. Eu acho engraçado! Não faz, não se preocupa, mas quem faz está sendo criticado como se o fato de você fazer fosse o errado. Eu defendo!

Uma vez uma colega abriu a porta do consultório em que eu estava atendendo e falou: – Bárbara, você está pedindo muito ultrassom. Eu falei: – Na ameaça de aborto eu peço mesmo. Por quê? Você não pede? Não estou pedindo ultrassom porque “eu quero”. Estou pedindo porque existe um sangramento e eu quero avaliar a evolução desta gestação. E vou continuar pedindo! Quem reclama não é o pessoal da enfermagem, não. Quem reclama são os próprios colegas que trabalham com você, porque alguns acham estranho você se comprometer.

A gente sabe que a dificuldade de atendimento nessa região é grande. O que eu posso resolver no PS eu resolvo, mesmo não sendo coisas de PS. E sou às vezes criticada por isto. “Ah! Você não tem que fazer isto, porque senão vem um monte de gente atrás de você o tempo todo”. Não é bem assim. Você vê a dificuldade da paciente. Ela chega e diz: – Ah! Não tem médico na UBS. Eu fui lá e a consulta é só para gestante. E eu sei que é mal feita. A ginecologia não tem quem faça.

Quando eu assumi trabalhar naquele Posto sobre o qual falei a gerente chegou e falou: – Bárbara, você não quer fazer a parte de ginecologia. Porque obstetrícia tem um monte de gente querendo fazer. É lógico, né?! Faz não sei quantas consultas em uma hora! Eu falei: – Mas eu gosto de fazer ginecologia. Então eu faço a parte de ginecologia. Eu sozinha fazia a parte ginecológica. E assim eu fui descobrindo o diagnóstico de pessoas que não tinham tido nunca um exame prévio.

Por isto eu falo: – Não tenho drama de consciência. Eu saio de cabeça erguida. Trabalhei no serviço público e sempre trabalhei direito. O dia em que me aposentar eu não saio “Ah! Meu Deus, por que eu não fiz isso. Por que deixei de fazer aquilo”. Não. Eu não. Eu saio falando “a minha parte eu fiz”. O que eu tinha que fazer foi feito.

Como eu falei para você. Os meus amigos que não fazem serviço público estão muito melhor do que eu financeiramente, mas o que consegui no meu consultório foi com meu trabalho. E eu falo... As pessoas dizem: – E você ainda trabalha em PS? Porque você sabe... Para as pessoas de consultório você trabalhar num serviço público não é uma coisa boa. Porque o serviço público é visto como uma coisa ruim: “Ah... Serviço público...” É o conceito das pessoas que fazem consultório. Daí eu falo para elas: – Eu trabalho porque eu gosto. E no PS tem urgências que eu não faço no consultório. Eu sempre defendo o meu trabalho no serviço público.

Antes tinha mais valor. Professora tinha mais valor também, né? O serviço público era visto como um desafio. Uma coisa que você conquistou, porque fez um concurso público. Agora não. Escola pública era o máximo. Tinha nome. Você concorria para entrar na escola pública. Eu fiz até exame de admissão. Agora a escola pública não tem o mesmo valor. O serviço público tinha *status*. Hoje não: “Ah... Você trabalha no serviço público...”. Está tão denegrido...

Eu sempre falo: – Trabalho porque eu gosto. Não é porque estou pensando só na aposentadoria. Claro, vou ter uma renda à parte, porque quando eu me aposentar no consultório o salário é a maior vergonha. Se fosse viver do salário de aposentadoria pelo INSS não dá. Eu me aposentei porque pagava uma nota de INSS, mas fiquei envergonhada com meu salário de aposentada. A minha ex-

secretária que não estudou como eu estudei, que fez só 1º grau, ganha metade do que ganho de aposentadoria. Agora pergunta quanto eu paguei para o INSS nestes anos todos? Eu chegava a pagar R\$ 1000,00 de INSS. Para agora receber um salário de R\$ 3000,00. Ela ganha R\$ 1500,00, e o que fez de estudo? O que fez de investimento? Em vista do que eu investi fico envergonhada. O médico... Não sei... O médico não é valorizado. Onde você vê um médico ganhando bem? Só em serviço particular. Ou nas OSs. Os médicos federais ganham bem. Gente! Só valoriza o médico quem é médico. Você sabe o quanto você tem dificuldade no seu trabalho. Quem está de fora não sabe. Eles não podem entender. Quem valoriza é você mesmo.

O caminho que fiz na minha carreira me deixa satisfeita. Nunca fiquei: “Ah... Eu devia ter feito de outra forma... Por que não fiz aquilo?”. Sempre trabalhei direito. Você pode perguntar para qualquer um aqui nesse hospital. O que eu pude orientar eu orientei. Quantas pessoas vêm me procurar para pedir orientação! Orientar o que é certo. Não custa você orientar. “Ah! Porque você está dando bola para esse pessoal?”. Não é questão de bola. Eu sou uma pessoa assim. Todo lugar que eu vou se eu puder orientar a pessoa sobre o certo eu oriento. Ela segue se quiser. Mas eu estou sempre orientando. É o meu jeito. Tem gente que não dá espaço nem pra pessoa chegar perto e perguntar.

Elas falam: – Doutora! A senhora é pé frio. Porque no meu plantão sempre tem coisas diferentes, difíceis. Às vezes alguma gravidade maior. Mas quando me chamam eu resolvo. A pessoa vai rodando, rodando e cai no dia do profissional que faz diagnóstico. “Só que vocês falam que sou pé frio, mas quando precisam de orientação vêm me perguntar, né?!”. Poderia perguntar para outro. Um dia uma auxiliar falou: – A senhora é pé frio. Falei: – Quando foi que eu entrei nesse centro cirúrgico e não resolvi as coisas que apareceram? Ela falou “nunca”. “Então você tem que ver o que eu fiz de bom. Não falar sobre o que apareceu para resolver. Se eu não tivesse resolvido você podia até falar: – Não tem capacidade”. A ideia é que bom é quando a coisa é fácil e não dá muito trabalho.

Tem uma funcionária que chegou e falou assim, em certo tom de reclamação: – Nossa, doutora, a senhora é a única que usa espécuro! Falei para ela: – Por quê? Não dá para usar aqui? Se você está se sentindo cansada para me dar o espécuro,

então eu não preciso de você. Eu pego o espêculo sozinha. Eu trabalho há 4 anos sozinha no consultório. Isto para mim não dificulta. “Você está aqui para me auxiliar”, falei. Então trabalhe com quem não quiser trabalhar.

Aí eu precisei, por conta de umas pacientes renais, manter um acesso venoso. A mesma funcionária falou: – Nossa, doutora, manter um acesso venoso! Eu falei: – Só uma pergunta: A médica aqui quem é? Quantas vezes eu pedi acesso venoso aqui? Se eu pedi é porque precisa. Falei: – Olhe vou pedir para você não trabalhar mais comigo. Eu acho melhor você trabalhar com quem não quer trabalhar. E quem gosta de trabalhar comigo é porque trabalha.

Outra coisa que acho absurdo. Você pede para uma paciente colher um exame de sangue lá no laboratório e pegam uma veia. Daí em seguida ela vai tomar medicação, vem aqui, e pegam outra. Eu sempre falo: – Gente! Porque não pega o acesso e deixa? Você faz dois trabalhos. Para que você vai furar duas vezes a paciente? Além de você ter a dificuldade das coisas, você ainda encontra dificuldade com quem você trabalha. O benefício que se busca não é para você, mas para o paciente! Fazendo uma coisa lógica, é melhor para o paciente. Eu fico tiririca. Tem algumas auxiliares que já sabem como eu faço. Falei para uma delas: – A paciente vai fazer exame e depois tomar medicação. Ela falou: – Pode deixar, doutora. Eu já deixo o acesso. É diferente quando você tem profissionais comprometidos. Mas é difícil.

Geralmente estas pessoas trabalham também em hospitais de ponta, particulares. Não vêm com o vício do serviço público. Já sabem usar o material, fazer o acesso... Têm outra visão. Economizam tanto material, quanto sofrimento para o paciente. E você é criticada porque faz a coisa certa? Eu não estou nem aí. Eu defendo. Eu sou assim. Não quer trabalhar certo não fique comigo.

Peguei muitos casos marcantes. Eu comentava com o pessoal que a gente pegou um caso em que a criança estava sentada, bolsa rota, prematura, tinha que operar porque prematuro pélvico não tem condição de fazer via normal. Quando a gente abriu, a criança tinha corpo de humano, mas as extremidades pareciam de um caranguejo. Fomos perguntar e ela afirmou que tinha feito uso de cytotec. Não abortou e a criança nasceu com má-formação. Gente!

Outro caso foi de uma menina com cólica menstrual. Eu falei: – Mãe, tratar cólica menstrual é fácil. Você dá uma medicação na veia, ou intramuscular. Só que tem que saber a causa. E para fazer um diagnóstico de endometriose é difícil. Neste dia ela estava com abdômen agudo. Nós operamos e era uma endometriose. Tinha 16 anos. Dezesseis anos! Chamamos o cirurgião porque tinha alças intestinais aderidas, ele foi tirando aderências, aderências, chegou na região do reto, tirou mais aderências, e ela tinha uma perfuração no intestino. Por um problema que você podia ter resolvido com anticoncepcional! E a menina ficou com uma colostomia, porque a perfuração já existia. Ficou acho que 6 meses com a colostomia, e depois fez a reconstrução.

Então tem os colegas que não pesquisam. A gente ouve, por exemplo: – Eu cheguei lá, falei para médico que tinha cólica, e ele disse que era normal. É normal desde que seja de certa intensidade. Aquelas persistentes, que vão aumentando, você precisa pesquisar. Esta visão de quem está há muito tempo na UBS... Não sei... Meio acomodados... Não participam de congressos... “Ah! Tô lá na UBS...” Tipo assim: Estou acomodado. Acho que é o termo bem certo. Acomodado. Eu cheguei a conhecer colegas minhas que trabalhavam em Posto e que quando iam nos congressos ficavam abismadas de ver a evolução. “Mas você ainda não faz isso lá?”, eu perguntava. É uma ideia de que não precisa de reciclagem. Não precisa aprender mais nada.

Eu até hoje faço reciclagem todo ano no São Luiz. Todo segundo sábado do mês tem um curso de reciclagem. As pessoas dizem: – Ah... Não preciso. Leio no livro. Não! Você não lê no livro a experiência que o colega teve. Eu já tenho 34 anos de formada e gosto de estudar. Toda vez vejo coisas diferentes. Então as pessoas dizem: – Para quê? Falo: – Porque ninguém sabe nada. Cada vez está aprendendo coisas novas. Aparece um exame aqui, um *doppler*, por exemplo, e o pessoal diz: – O que você acha deste *doppler*? Porque não sabem interpretar. Eu sei. Não tenho problema. O pessoal acomodou, não reciclou e acha que não precisa. E em toda área que você trabalha tem que reciclar. Nas residências de um tempo para cá você faz laparoscopia, videolaparoscopia, cirurgia robótica, faz outras áreas que a gente não teve oportunidade de fazer. As coisas vão mudando. A medicina sempre está crescendo. Vejo o pessoal fazendo e fico admirada! Gente! Que bom que tiveram



oportunidade de fazer coisas muitos melhores do que fiz. E admiro quem faça, quem teve oportunidade.

Não necessariamente quem está na área privada vai se atualizando. Tudo depende do interesse. Tem pessoas que se acomodam no consultório, tem pessoas que se acomodam no serviço público. E esquecem... Você pode ir no curso de reciclagem do São Luiz e são sempre os mesmos. São sempre os mesmos! São os que já estão com mais de 30 anos de formatura. E não é que estejam desatualizados. É porque querem ver as coisas novas. A própria diretora do São Luiz fala: – Vocês são sempre os mesmos?! E os novos, não deveriam estar lá? Estão por aí ganhando dinheiro, né?

Infelizmente, é o que eu falo: – Eu saio de cabeça erguida. O que fiz para a humanidade nesses meus 30 anos foi útil, foi bom. Falo: – Quando eu me aposentar vou escrever um livro: Memórias de um Hospital Público. Posso até escrever para mim. Não preciso editar. Aqui tive mais casos para contar do que no consultório. Eu tenho coisas e coisas para contar.

Outro caso. Veio uma moça... Quando entrei na Sala de Emergência ela estava lavada de sangue. Eu fui fazendo a história, perguntei... Ela era gerente de um Banco Bradesco. Toda ensanguentada! Eu falei: Teve um parto aqui. Daí a mãe da paciente falou que ouviu um grito em casa, abriu a porta, porque ela se trancou no banheiro... Ela já com 20 e tantos anos. E ela deu à luz dentro do banheiro. E eu perguntei: - Cadê a criança? Tinha uma caixa de papelão de cerveja skol, e ela falou: – A criança está ali dentro. Eu falei: – Dentro da caixa? Eu estava achando que era um prematuro... Estava envolta numa toalha de banho. Quando eu tirei a toalha, abri e coloquei no chão, do jeito que eu estava eu fiquei. Ali. Abaixada, de cócoras. Meu amigo que dava plantão comigo perguntou: – Bárbara, o que aconteceu?! Eu falei: – Não aconteceu aqui. Olha! Uma criança... Acho que ela pesou 3 kg e pouco. Uma menina. E ela deixou a criança morrer. Eu falei: – Então... Olha o que aconteceu. Disse então para a mãe: – Olha, mãe, eu não vou criticar, mas se você não quisesse a criança, desse para quem cuidasse. Uma menina tão bonita! Aquilo me deu um choque emocional. Desprezar uma vida ali. Uma criança bonita...

Por exemplo, meu primo adotou duas meninas. As duas foram adotadas com consentimento das mães. Eu prefiro que faça isso do que deixar a criança morrer. Aquilo me chocou, porque falei assim: – Uma menina tão bonita, que podia ter sido criada por outra pessoa. Dentro de uma caixa de skol... Aquelas caixas finas, de papelão.

A mãe estava com o canal vaginal todo cheio de laceração. Tive que ficar suturando lá, não sei quanto tempo. E conversando. Falei: – Não sou eu quem vai criticar o que você fez. Mas podia ter dado... Tantas pessoas querendo adotar uma criança. E essa menina tão bonita. Aquilo me chocou.

E vários outros.

Aquele bebê mal-formado sobre o qual falei também me impressionou muito... Você assistiu àquele filme Escorpião? Ele tem o tronco humano e o resto do corpo de escorpião. Foi uma maldição. Essa criança era assim. Corpo humano e extremidades de caranguejo. Era uma garra que ele tinha nas mãos e nos pés! Choca. Porque você imagina uma criança com mãozinhas, pezinhos, não com garra. Aí você fala: – A mãe tentou provocar um aborto. E eu sou contra porque a gente tem métodos e métodos para evitar a gestação. Você não precisa fazer um aborto. Não sou a favor da legalização do aborto. Sou a favor da prevenção. Porque você tem mais de 20 métodos! A orientação tem que ser para prevenção, e não o incentivo ao aborto. Como eu sou preventiva em tudo... Prevenção é até para você evitar a gravidez.

Hoje você não vê tanto aborto infectado. Na minha época você pegava muito aborto infectado. Hoje tem as drogas. Acontece, mas tem menos gravidade. Antes elas colocavam sondas. Eu cheguei a pegar um caso em que eu tive a infelicidade de ver um caso de uma jovem, que deixou a sonda para fazer o aborto- elas colocavam a sonda para dilatar o colo, tipo o que você faz para indução de parto, só que contaminava... Quantas pessoas não morriam naquela época. Hoje menos, porque elas tomam a droga e vêm para o PS. A gente sabe que faz uso. Não vou criticar. Eu sou uma pessoa assim: – Você responde pelos seus atos.

Mas detesto mentira. Eu prefiro que fale que tomou cytotec. Eu prefiro que ela fale e assuma o que fez. Quem vai responder não sou eu. Eu falo “conte”. “Pelo

menos sei que você não está querendo esta gestação”. Você sabe que ela vai sair daqui e vai tentar de novo. Ela paga cada comprimido R\$ 100,00, R\$ 200,00. Não sei, gente!

Eu sempre falo isto. Minha mãe nunca foi repressora. Sempre falou assim: – Olha! Antes de gostar do outro goste de si própria. Se um dia acontecer uma gravidez, você vai ser a pessoa que vai ficar com o ônus maior. A minha irmã foi vítima de uma situação parecida. Minha irmã namorou com um homem que dizia que era separado, mas a mulher dele estava no Japão. A minha irmã engravidou. Também não esperava. Com 41 anos. E aí, quando minha sobrinha nasceu, ela mandou um telegrama para ele. Ele tinha dois filhos e quem pegou o telegrama foi a filha mais velha, que ligou para a minha casa. Minha mãe não é de falar nada, mas quando ela fala... Disse: – Eu só gostaria que a minha neta tivesse uma família. A minha filha é médica. Ela fez o parto. Minha neta vai ser cuidada, amada, como se fosse minha filha, ou filha da minha filha. Eu sou a madrinha dela. Eu participei da sua vida inteira. E ela não está querendo saber de um pai ausente, embora o fato do pai ter sumido tenha refletido muito na vida dela. Porque ela é filha de quem? Da mãe, né? E o pai?

E a minha irmã tem uma advogada que queria que ela fosse atrás. Minha mãe falou: – Não quero, porque morro de medo que ele faça alguma coisa com minha sobrinha. Tinha medo da repercussão disso. A filha dele quando ligou disse: – Não vou falar com minha mãe, porque ela não merece. Eu vejo que a falta do pai marcou muito a vida da minha sobrinha. Porque na escola, você é filha de quem? – Quem é seu pai? – Não sei quem é.

Um dia ela falou: – Minha mãe não devia ter feito isso. Falei: – Ter feito o quê? Você sabe de toda a história? Sua mãe também foi vítima de uma situação. Minha irmã tinha um problema de saúde grave. Tanto que eu falei: – Eu faço o pré-natal. Fiz tudo – pré-natal, parto. Porque pensei: – Vou ter que resolver mesmo. Então já deixa comigo. Eu não tenho medo.

Fiz muitos partos na minha família. Minhas primas têm plena confiança em mim. Prefiro que esteja comigo, porque sei como tomar uma atitude para resolução. Fiz muitos partos na minha família!

Nossa! Falei bastante! Mas não é penoso falar de uma coisa que você gosta, né?

#### **4.10 A história de Clara**

Clara é médica, tem 30 anos, e trabalha há 2 anos nesse Hospital.

Quando a convidei para participar como colaboradora desse Projeto, eu ainda não a conhecia. Ela aceitou, sem muitos questionamentos. Fiquei de voltar a procurá-la no plantão seguinte, e assim o fiz. Ela não pôde naquele dia, nem no outro. Comecei a pensar que talvez tivesse aceitado meu convite por mera formalidade. Fiquei em dúvida se voltaria a fazer contato com ela. Pareceu-me que não tinha, naquela ocasião, disponibilidade para a conversa que propus.

Na semana seguinte cruzei com Clara no corredor no momento em que voltava do almoço. Assim que me viu ela disse: “Pode ser agora”. Organizamo-nos para a entrevista e assim que ela começou a falar... uma “avalanche”, como iria se referir na sua narrativa. Comoveu-se intensamente e eu também me comovi. A sua escolha pela Medicina, as suas relações afetivas e os acontecimentos da sua vida se entrelaçam, intrincados, inseparáveis. Estão na sua memória, na carne.

Quando nos encontramos novamente, para a aprovação da entrevista, ela não colocou restrições ao texto. Pediu apenas que fossem omitidos os nomes dos profissionais que citou, e as referências ao Hospital do qual o seu pai foi Diretor.

Disse que estava “tudo bem”, e me pareceu que não queria estender muito a conversa. Como se tivesse falado demais... Contou apenas que na mesma semana em que conversou comigo, teve que fazer outra vez o relato da sua história, porque estava entrando na Justiça contra o pai para pedir pensão para o irmão: “Estou mesmo no momento de recontar a minha história”.

#### 4.10.1 Foi uma avalanche!

Eu nasci aqui em São Paulo. Tenho 30 anos.

Vim de uma família de classe média alta: pai médico, mãe psicóloga. Os dois sempre foram voltados para o serviço público. Minha mãe hoje em dia voltou a trabalhar, mas ela já é aposentada pela Prefeitura de São Paulo. Trabalhou durante muitos anos com menores drogaditos e infratores. Meu pai, que era pneumologista, foi para uma área mais política, e nunca exerceu consultório. Ele foi diretor de um Hospital no Município de São Paulo. Eu era pequena e ficava lá no hospital, nos corredores, brincando enquanto ele trabalhava...

Eu aprendi isso de saúde pública em casa. O serviço público é uma grande doação. Ainda mais do lado da minha mãe que mesmo aposentada voltou a trabalhar e está como diretora de um abrigo com 20 crianças. Ela está com quase 60 anos, chega em casa tarde, acorda cedo! É uma doação. Isto a gente aprende.

Tudo tem muito a ver com minha história de vida também...

Nós éramos uma família bem “Doriana”. Eu tenho um irmão mais velho... Nós pudemos estudar nas melhores escolas.

Eu sempre quis fazer Medicina! Há pouco tempo eu me encontrei com uma professora minha e ela falou: Clara, você virou pediatra! Você fala isso desde que tinha 4 anos de idade! Eu falava mesmo desde pequenininha...

Em 2009 o meu irmão, que é publicitário, já estava formado, e eu estava no penúltimo ano da faculdade. Da noite para o dia ele teve o diagnóstico de um tumor cerebral assintomático, foi internado, fez cirurgia e ficou em coma. Como o tumor dele era muito raro, todos nós na família tivemos que fazer exames, e acabamos descobrindo um câncer de intestino na minha mãe. Foi bem complicado! Eu estava no final da faculdade. Tinha 23 para 24 anos.

Como o câncer da minha mãe estava bem no começo a cirurgia dela foi curativa, e ela não precisou fazer quimio, ou outros tratamentos. Mas nós chegamos a ficar com o meu irmão e a minha mãe na UTI ao mesmo tempo. Eu queria desistir da Medicina. Já não acreditava mais em nada.

O meu pai sempre foi um herói para mim. Nesta fase ficamos mais próximos ainda e ele falou: – Não desista da medicina, não importa o que acontecer. Eu vou estar sempre do seu lado. Enfim... Acho que eu tenho um lado meio romântico da vida. Sempre continuo acreditando.

Graças a Deus depois de dois anos minha mãe e meu irmão estavam curados.

Então outra avalanche! O meu pai saiu de casa e foi morar com outra mulher, com quem ele já tinha um relacionamento de dois anos. Foi outro baque para a gente! Ele saiu e falou: – Eu vou ser feliz. Já sofri muito. Nós percebíamos uma coisa ou outra, mas a descoberta foi muito trágica, foi horrível, porque minha mãe ficou sabendo através de um e.mail que pegou no celular dele. Foi bem complicado! Ainda durante um ano minha mãe tentou, achou que era por conta de tudo que tínhamos passado, mas não deu certo, e ele optou por sair de casa de uma forma que não foi íntegra. Ele saiu, dizendo que precisava pensar... Lembro que minha mãe o ajudou a arrumar a mala. Ele dizendo que ia para um *flat*... Uma semana depois minha mãe recebeu o papel de separação de corpos em casa. Foi muito ruim.

A partir daí o meu pai mudou, virou outra pessoa. Ele nos abandonou tanto financeiramente, quanto emocionalmente, e foi bem complicado!

Eu estava grávida, porque neste meio tempo tinha me casado.

Foi uma avalanche!

Quando meu filho tinha 5 meses eu me separei e voltei a morar com minha mãe e meu irmão. Minha mãe, que estava para se aposentar, falou: – Deixa que eu cuido do seu filho. Você tem que trabalhar! Eu cheguei a ficar com 5 empregos! Trabalhava aqui no AMA, na UNIMED, no Hospital Santa Cecília. Eu não estava feliz, era muito desgaste! Só trabalhava tanto por questões financeiras. Meu pai simplesmente nos abandonou... Hoje em dia eu optei por não falar mais com ele.

Eu devo a ele tudo que eu sou hoje em dia – médica, com desejo de me doar para o serviço público... Eu me espelhei nele. Eu nunca tive chance de falar isso para ele, mas ele é um dos responsáveis por eu amar o que faço. Aprendi muito com ele, mas infelizmente a vida tomou este rumo e enfim... Hoje em dia nós estamos

bem – eu, minha mãe, meu irmão e o meu filho. Moramos de aluguel. Tivemos que sair do apartamento que era do meu pai, porque ele vendeu e ficou com a metade do valor. Teve muita briga na Justiça, durante anos... Foi muito conturbado.

Agora eu consegui mudar o meu ritmo de trabalho. Graças a Deus hoje em dia faço o que gosto!

Quando eu trabalhava em 5 lugares diferentes eu vinha para o AMA chorando. Eu odiava! Era um volume imenso de crianças, você tinha que atender super rápido cada paciente! Na pediatria isso não funciona! Você tem que fazer um exame detalhado. Às vezes uma dor de barriga é uma amigdalite, enfim... Não é igual atender a um adulto. Eu odiava! Chegava em casa e não conseguia dormir de peso na consciência. Eu falava: – Mãe, eu atendi alguém errado hoje! Era muito ruim. Eu vinha chorando para cá.

Nos outros hospitais eu não tinha esta obrigatoriedade de atender tantos pacientes por hora. Em um hospital particular se você faz 4 por hora é aceitável, porque você precisa dar um bom atendimento.

Aí surgiu a vaga no PS aqui do Hospital, eles me indicaram e eu vim. Conheci a Diretora do PS, a Coordenadora do PS Infantil, elas gostaram do meu trabalho, e eu fui ficando. Eu me apaixonei! Aprendi muito! E foi dando certo...

Temos tantas dificuldades! Brinco com o pessoal da enfermagem que eu acho que um dia vou enfartar nesse plantão. É muita dificuldade! Nós não temos vagas de UTI! Você não tem para onde correr. Na quarta-feira passada nós estávamos com 3 crianças graves, e na emergência só cabem 2 crianças! Se chegasse mais uma eu não tinha onde atender. As mães chegam já lhe entregando a criança no colo. E você não tem onde colocar! Eu fico muito nervosa, gosto de tudo certinho, enfim...

Eu dou um exemplo. Esta criança que eu entubei na semana passada, o Victor Leonardo, de 6 anos, previamente hígido, não tinha nada. Provavelmente um caso de H1N1, porque evoluiu com insuficiência respiratória, precisei entubar, e ele ficou muito mal! Eu saí daqui achando que ele ia a óbito. Hoje eu liguei na UTI do Ermelindo Matarazzo e soube que ele foi extubado. Está super bem!

Eu consegui a vaga depois de 2 dias em que ele já estava aqui, entubado. Ninguém aqui é intensivista, entendeu! Todos somos médicos de PS. A gente vai

fazendo o que pode. A gente não tem exames adequados, não tem às vezes remédio adequado, não tem recursos. E eu falo que se não for por amor você não fica nessa profissão. Não fica. Hoje quando eu liguei para lá e falei com a intensivista eu até chorei. Eu sou chorona... Choro com as mães. É que eu me entrego sempre 100% nas coisas que eu faço na minha vida.

Sempre que eu pego uma criança muito grave que eu preciso transferir, eu vou atrás para ver como ela evoluiu. Graças a Deus sempre foi positivo e isso não tem nada que pague!

Nós vemos muitos profissionais da saúde, muitos médicos, que vão empurrando... Eu sinto que faço a diferença e isso é muito importante para mim. Eu falo com a minha mãe que se eu não tivesse meu filho estaria vivendo de medicina sem fronteiras. Isso é muito importante para mim.

Uma vez eu estava aqui e chegou uma criança convulsionando, que precisava entubar, super grave. A mãe era funcionária de um hospital particular e rapidamente providenciou para que viessem buscá-la. Quando a médica chegou com a ambulância e me viu, falou: – Você aqui! Tinha sido minha chefe no outro hospital. “Você me largou e trabalha aqui nesse lugar!” Eu falei: – Nem tente entender...

Eu sou criticada praticamente toda semana pelos meus colegas... Ninguém acredita... “Porque você está num lugar que não tem estrutura? Porque você se submete a isto?” Não por ser um lugar específico, mas por ser SUS. É questão de gosto. Trabalho no São Camilo, por exemplo, e atendo retaguarda. Você aperta um botãozinho e tem vaga de UTI. Lógico, tem as suas dificuldades, mas você tem o recurso que você precisar, na hora que você precisar. E eu gosto muito menos de trabalhar lá do que aqui. É por você saber que faz a diferença...

O Victor Leonardo, como tantas outras crianças – ele é o mais recente –, me fazem ficar pensando... Se eu não estivesse naquele plantão! Não que outra pessoa não pudesse fazer, mas era eu que estava lá!

Eu me descobri fazendo. Eu não sabia... Quando eu saí da residência eu não podia fazer R3, porque tinha acabado de repor licença maternidade. Então falei: – Vou ficar trabalhando e depois vejo para que especialidade eu presto R3. Daí



descobri que durante uma emergência eu conseguia manter a calma e desempenhar o que precisava. E sabia falar: – Você faz isto. Você faz aquilo. Fui me descobrindo no dia a dia.

Quando eu fiz residência em pediatria eu já percebia isso, mas não tinha o domínio da situação. Sempre tinha um preceptor que respondia pela situação, por mim... Aqui é porta fechada e tem muita emergência.

Lá, no outro hospital em que trabalho, desde que fazia a residência, eu tinha uma retaguarda. Aqui você precisa ficar com a criança, resolver, ir atrás. Você é tudo: começo, meio e às vezes o fim.

A princípio eu nem me dava conta. Eu fui fazendo. Eu era a sombra da Coordenadora do PS Infantil. Nossa! Aprendi tanto com ela e com a Diretora do PS. Eu perguntava: – Quando acontece isso o que vocês fazem aqui? Ela dizia: – Você liga no plantão controlador. Aí fui aprendendo e entendendo qual era o jeito. O que eu tinha que fazer por aquelas crianças. E se isso não funcionasse, não existiria o serviço. Até hoje eu penso a quantidade de vidas que você salva aqui! Se não tivesse esse hospital seria muito pior para a população daqui. Se não tivesse seria muito pior! Eu não me dava conta da responsabilidade no começo. Quando vi, estava abraçando a causa.

Vários casos me marcaram... Um deles foi de uma criança com uma meningite meningocócica, super grave. Quando eu cheguei estava convulsionando, quase em coma. Esse a gente precisou mandar com vaga zero para a Santa Casa, porque sabíamos bem o que era. Ela evoluiu super bem.

Teve uma outra criança, a Nicole, de quem a mãe me manda mensagem até hoje! Foi no primeiro ano em que eu trabalhava aqui. Ela evoluiu para uma síndrome hemolítica, com um quadro de diarreia e ficou super grave. Com essa síndrome os pacientes geralmente vão para diálise, mas ela fez um abdômen agudo, por conta de um apêndice necrosado, teve que ser operada aqui no Hospital mesmo, e depois da cirurgia ninguém queria aceitá-la para diálise peritoneal. Então eu fiquei que nem doida atrás do Diretor, mandando e-mails, e aí conseguimos! Ela evoluiu muito bem!

Quem me ajuda muito aqui, em quem eu confio 100%, é o pessoal da enfermagem. É impressionante! Elas são ótimas! Elas têm uma visão

impressionante. Você confia de olho fechado. Eu me lembro que a Nicole estava no isolamento, e parecia que ela só tinha uma diarreia. Então uma das auxiliares falou pra mim: – Doutora, aquela lá... Quando elas falam isto eu já saio correndo para ver o paciente, porque realmente deve estar grave! Eu cheguei lá e ela estava praticamente chocada, muito mal. A mãe dela até hoje me manda fotos, mensagens. A Nicole está para fazer 4 anos.

A nossa dificuldade sempre é vaga de UTI. Se tivéssemos retaguarda de UTI seria o emprego perfeito! No mais a gente consegue. Quando precisamos de uma especialidade, de uma interconsulta... O pior é a criança grave. Fica difícil conduzir o caso.

É difícil também quando um colega não se interessa como eu. Eu me lembro que logo que eu entrei, veio um bebezinho que precisava entubar. Eu trabalhava às segundas e quartas. Recebi este bebê na segunda e quando voltei na quarta ele ainda estava entubado! Um bebê pequeno, que eu tinha passado sonda para entubar, ainda estava de sonda! Sem precisar mais! Fiquei desesperada! Ninguém se preocupou. Meu Deus, fizeram “copia e cola”! Aí você fica super desestimulada nessas horas. Você fala... Você faz, faz, vai embora e não sabe se o próximo colega vai ter o mesmo empenho. Isso me machuca.

Com o Victor Leonardo eu fiquei super preocupada. Pensei: Ele vai morrer.

Eu fico ligando. Eu saio daqui e falo: – Vou desligar o botão. Não vou ligar! Mas tem paciente que eu fico ligando para a enfermagem: – Gente, como ele está? Como ele está? Passa o dia, e eu ligo: – Para onde ele foi? Eu fico muito preocupada. Parece que eu estou abandonando. Às vezes na quinta-feira pela manhã eu já estou ligando... Se tiver criança grave então... A enfermagem é meu *feedback*. Temos um grupo de médicos do Hospital, mas às vezes você pergunta e ninguém nem responde...

O trabalho é conjunto. O que mais fiquei assustada no SUS é que eu achava que todos tivessem a mesma preocupação com os pacientes. São boas pessoas, não é que sejam ruins, mas simplesmente têm um descaso com os pacientes, com o trabalho que fazem. Não cobram um exame! Eu fico pensando: E se fosse meu filho!

O filho desse profissional! Será que ele ia gostar? É médico! Fico pensando: Será que é porque está no final da carreira?

Eu fiquei bem assustada e decepcionada. Fico com medo de ficar assim também. Será que acontece com todo mundo? Fico me perguntando várias coisas. Mas eu tumultuo mesmo. Brigo com eles. Gente que tem idade para ser meu avô, meu pai, e eu fico em cima. Tem que ser! Às vezes é em vão, mas pelo menos lavei minha alma. Vejo coisa errada, vou lá no grupo e falo mesmo. Acho que pelo menos hoje em dia tenho o sentimento de que fiz a minha parte. Tenho certeza que eu faço tudo o que posso. Nunca quero olhar para trás e pensar: Podia ter feito melhor.

Não estou aqui para passar o tempo e ganhar o dinheiro no final do mês. Seria hipócrita se falasse que isso não importa, mas não é tudo.

Várias vezes eu ficava brincando com umas colegas pediatras: -Vamos desistir da pediatria! Mas eu não ia ser feliz fazendo outra coisa. Nem me imagino fazendo outra coisa.

A jornada de trabalho também é cansativa. Eu faço 12 horas. Em 12 horas de trabalho você tem direito de descansar 1 hora. Mas tem dias em que a gente não consegue nem ir ao banheiro! No São Camilo é assim também: você fica seis horas sem parar. Não consegue tomar um copo de água e já lhe olham torto. Isso é muito desgastante. Isso é mais desgastante do que qualquer outra coisa.

Aqui é mais corrido assim nos meses de pico. Claro que você tem emergências o tempo todo. Temos esses casos graves, sem vaga de UTI. Mas a demanda de alto fluxo, em que a gente não consegue parar, é mais nessa época mesmo – de final de fevereiro até junho, mais ou menos. Depois não dá para reclamar. A gente consegue fazer o trabalho tranquilamente, dá para comer.

Agora só venho às quartas-feiras. A Doutora queria que eu viesse mais dias. Eu prestei o concurso neste domingo, mas não saiu resultado. Não sei como vai ser. Eu gostaria muito de ficar todos os dias. Eu largaria outros empregos para ficar aqui.

Estou hoje em dia com 3 hospitais. Eu não trabalho à noite, tirando a segunda-feira em que fico até meia noite no São Camilo. Já não durmo mais fora de casa e isto foi uma vitória. Eu hoje em dia já conquistei isso. Na verdade é uma opção. Tem gente da minha idade trabalhando muito para ganhar dinheiro. Eu optei

por viver a minha vida. Tenho filho, tenho um noivo, a gente quer se casar e eu optei pela minha qualidade de vida. Eu não quero ter nada. Quero viver a minha vida. Quero que minha mãe esteja bem, o meu irmão... Não preciso de grandes quantidades.

Se eu trabalhei até mais tarde em um dia, no outro entro mais tarde. Deixo um tempo livre para resolver alguma coisa de escola do meu filho, ou para comprar alguma coisa. O meu filho vai fazer 4 anos. Sempre o priorizei. Dos seus 5 meses, até um pouquinho antes de um ano, eu precisei realmente trabalhar muito. Foi no momento em que meu pai saiu de casa. Eu falei para minha mãe: – Você me ajuda com ele que eu trabalho. Vou colocar dinheiro em casa. Nesse período minha mãe cuidou muito dele para mim. Minha mãe dizia que se não fosse pelo meu trabalho estaríamos passando fome. E foi uma fase muito ruim! Chegamos a ter 7 empréstimos na minha conta para pagar as dívidas que ficaram. Graças a Deus hoje em dia está tudo resolvido, mas eu olho para trás e me pergunto como eu consegui. Não sei como deu certo, como eu consegui. Você às vezes tem que levantar a manga e trabalhar.

Foi quase um ano de muito trabalho. Depois fui diminuindo. Quando entrei aqui eles falavam que eu tinha que fazer plantão de final de semana. E eu falava: – Não. Ligavam para mim, ligavam, ligavam, até que pararam de me ligar... Porque acho que o pessoal entendeu. Eu falava: – Não. É final de semana, vou ficar com meu filho. Eu não abro mão disso por nada. Eu chego em casa por volta das 19 horas e ele é o meu foco. Não vou para academia. Eu preciso ficar com meu filho. Ele é minha riqueza. Ele me faz continuar... É por ele.

Na época em que tudo aconteceu, dentro da nossa crença religiosa – somos kardecistas – ele foi uma resposta muito grande. Veio para unir. Veio ao mundo em um momento de muitas perdas. Ele foi a única coisa boa. Tão novinho e já com uma meta tão grande. Ele é muito iluminado. Não dá trabalho nenhum. Foi criado no meio de uma bagunça e é super carinhoso. Tranquilo.

Como eu disse, desde pequena escolhi ser pediatra. Eu ia para o Hospital com o meu pai. Acho que quando a gente vai ser médico sempre se espelha em alguém. Eu sempre falei que queria ser pediatra e que na faculdade faria cirurgia infantil. Gostava de coisa manual, de ter essa habilidade. A hora em que eu vi a vida

de residente de cirurgia... Falei: – Não é pra mim! É o que falo. Eu priorizo muito outra parte, estar com a família. A gente que não tem a vida tão puxada já abdica de muitas coisas, imagina... Aí fui fazer Pediatria mesmo, e não me imagino fazendo outra coisa. Vejo às vezes uma amiga dermatologista, no ar condicionado, salto alto todo dia, e penso porque eu não gosto daquilo. De fazer botox... Não é melhor? Gente! Por quê?!

Do hospital em que meu pai trabalhava eu me lembro do cheiro... Cheiro de Centro Cirúrgico. Eu lembro que o meu pai dava papel para eu ficar desenhando, com o estetoscópio, o abaixador de língua. Eu me lembro da sala dele, do corredor... Depois acabei fazendo residência lá. Foi muito engraçado! Ironia do destino. O meu pai estava do lado de fora no dia da escolha para o SUS. Neste dia, da escolha de vaga, você se levanta e fala o nome de onde quer ficar. Eu levantei e falei. Aí meu pai deu um grito lá fora: Ehhh! Todo mundo riu de mim. Ele ficou super feliz!

Foi emocionante quando voltei lá. Sempre guardei para mim. Algumas pessoas viam meu sobrenome e falavam: – Você é filha do antigo diretor? Nunca comentei. É uma coisa muito minha.

Eu fiz terapia durante algum tempo e digo que eu preferia às vezes que ele tivesse morrido. Sei que não tem nada a ver com o que a gente está falando... Mas hoje em dia eu tenho o sentimento que ele morreu, porque ele é uma pessoa completamente diferente daquela com quem eu vivi, eu cresci. Mil vezes se ele tivesse morrido. Eu iria lá, choraria, teria as lembranças boas, seria tudo tão mais fácil. Teria conforto. Hoje em dia é ainda tudo tão pesado, tão amargurado. É muito difícil.

E eu nunca fui muito próxima da minha mãe. Eu a admiro por ela ser a mulher que ela é. Mas ela nunca me deu um colo, um ombro amigo, sempre foi muito mais fria comigo. E meu pai sempre foi o apoiador, amigo, muito afetivo. Minha mãe sempre foi assim com meu irmão. Sempre foi mais próxima dele. Eu e minha mãe até hoje não temos uma relação tão próxima. Nunca existiu e sei que nunca vai existir essa proximidade. É uma relação mais polida. Muito diferente da relação com meu pai. Foi uma perda...

Às vezes perco a capacidade de confiar nas pessoas. Se meu pai, que era meu pai, aquela pessoa, fez isso, os outros então! Fui para terapia por causa disso. Aprendi a aceitar várias coisas. Entender muitas coisas. As pessoas dizem: – Você tem que perdoar seu pai. Mas se ele tivesse estendido a mão para a gente naquela hora não teríamos passado o que passamos.

Eu me lembro do dia em que decidi trabalhar menos. Percebi que meu filho tinha um ano e eu nunca tinha ido a um parquinho com ele! Para mim aquilo... Nossa! Ele nunca andou de escorregador! Falei: - Não. Não é isto que eu quero! O que eu vejo é que isso de trabalhar muito é para encher o bolso. É o único intuito: ter. Não é só o bem para ter nessa vida, mas para deixar para os filhos. Gente! Pelo amor de Deus! A vida é agora! Isso chega a me sufocar às vezes! Ver essa ganância! É muito contra o que eu penso. Para quê? Não tem para quê. Vejo isto muito nos médicos jovens. É só o que a gente vê.

A minha percepção é que durante um tempo foi diferente. Os médicos talvez da geração do meu pai tinham um ideal. As pessoas agradeciam aos médicos. Era uma profissão respeitada. O pessoal gostava de ser médico! Alguns desses médicos, no entanto, que estão aí com 50, 60 anos, estão também trabalhando por conta do dinheiro. Acho que viveram algo diferente, no início da profissão e exerceram a Medicina por amor. Entraram na Medicina por isso. Mas hoje em dia, o perfil de médicos que entra na faculdade, é muito diferente. Salvo alguns. É uma pessoa que já vem de família rica e se forma sem querer trabalhar, sem querer aprender. E você vê também os médicos mais antigos trabalhando freneticamente com o intuito de ganhar mais dinheiro. Eu trabalho com muitos, que têm idade para ser meu pai, e me pergunto: – Por que ele está fazendo isto? Não é por amor. É por dinheiro. Onde isso se perdeu? O que se perdeu? É esta corrida frenética para “ter”. Ter, ter, ter... Tem que ter bens. Tem que ter...

Não conheço nenhum colega que tenha saído da faculdade interessado na saúde pública. Não me lembro de nenhum! E todos que tento trazer falam não. A gente não consegue trazer. O pessoal não tem interesse nenhum, nenhum. Tenho muitas amigas, que são ótimas pediatras, que não têm vínculo empregatício nenhum, nenhum serviço, só fazem plantão, e não estão preocupadas. Mas não

querem ir para o serviço público... E nem sabem como é! Nunca entraram! Por isto acham que eu sou louca.

A faculdade foi ótima. Foi tudo o que eu sempre sonhei e mais. Tem gente que se decepçiona, que desiste no meio do caminho. Eu ficava deslumbrada! No segundo, terceiro ano, começa a bioquímica, e você fica um pouco desesperada... Eu me lembro quando começou internato e eu me encontrei. Olhava para trás e pensava: Não aprendi nada até agora! Mas você começa a se achar médico mesmo. Eu vim fazer internato no Hospital do Servidor Municipal.

Foi tudo o que sempre quis. Foi a melhor parte da minha vida. Foi muito, muito bom. Eu adorava tudo. Ficar o dia inteiro na aula. Tudo! Semana de prova, as festas, jogos...

Depois fui fazer residência no hospital em que meu pai foi Diretor...

Nunca mais parei. Quando saí da faculdade eu ficava na UTI com meu irmão, e estudava lá. Eu me cobrava muito que tinha que passar na residência! Foi Deus! Passei. Acho que se eu não tivesse passado teria desistido. Não me arrependo de nada.

Você não esperava que viesse esta avalanche, né?

#### **4.11 A história de Pedro**

Pedro é médico, tem 58 anos, e trabalha há 28 anos em instituições públicas de saúde.

Quando comecei a pensar por quais médicos eu procuraria para realizar as entrevistas para esse Projeto, o seu nome foi o primeiro que me ocorreu, por ter conhecimento, que na Instituição em que trabalha, é muito reconhecido pelo seu comprometimento com o trabalho que realiza. Os demais médicos, profissionais da enfermagem e de outras áreas, todos o têm como referência quando falam de um trabalho realizado com dedicação e qualidade, sem contar os pacientes que sempre estão a sua procura. Procurei então por ele, fiz o convite, que foi prontamente aceito.

Os nossos encontros posteriores foram marcados e remarcados. Ele estava sempre muito ocupado. Por fim me disse que seria mais fácil agendarmos um horário à noite, porque o ritmo de atendimentos é mais tranquilo nesse período. À noite? Não é fácil, mas lá estava eu conforme combinado. Ele, no entanto, atrasou-se um pouco, e eu comecei a ter dúvida se dessa vez conseguiria entrevistá-lo. Por fim chegou e perguntou: “Não vai demorar, não é?” Pediu informações sobre o meu Projeto, sobre a metodologia que estava utilizando, o número de sujeitos, questionando como pretendia chegar a conclusões com um número tão reduzido de entrevistados.

Ele começou a sua narrativa lacônico, bastante formal, destacando que ainda trabalhava na saúde pública porque “depois de tanto tempo não ia sair.” “Falta pouco tempo para a aposentadoria”, afirmou, marcando um tempo de espera, que pareceu, a princípio, ser penosamente suportado. Pensei: “A entrevista não vai acontecer!” Aos poucos, no entanto, ele foi falando, falando... Devagar... Completamente afinado com a profissão de médico cirurgião., como o pai. Esse é “o seu trabalho”. Firme, direto, sem meias palavras, foi afirmando um compromisso radical com a sua profissão. Sem meios termos: “Você entrou para fazer isso. Tem que fazer”. Para além do dever, emocionou-se, e foi, nas entrelinhas, revelando o encantamento com o que faz. Discretamente, foi deixando claro que faz mais do que aquilo que “tem que fazer”: “Não consigo mandar embora um paciente que rodou, rodou, e diz: - Doutor, não tenho para onde ir.” (...) você vai dizer não é comigo? (...)”

Pedro me devolveu então a questão que lhe coloquei ao iniciarmos a entrevista. Queria saber se eu entrei no “sistema vicioso do sistema público”. Se eu “entrei na máquina”. O trabalho que eu fazia ainda era sustentado por um sentido? Nossa! Um susto! O seu desalento e impotência diante da estagnação do serviço público de saúde se referiam também a mim. Cobrou-me o retorno de um trabalho que realizamos juntos em uma Unidade de Saúde na qual trabalhara há tempos atrás: “Eu falei isso com você. Você falou que ia dar um retorno. Quanto tempo faz? A gente nunca mais conversou. Sempre fiquei esperando”. Chegou a hora de conversarmos. Eu lhe contei então sobre a experiência com o trabalho a que se referia, as expectativas que me moveram, os sonhos, e o meu desapontamento diante de um “deixa assim mesmo” que colocou um fim ao projeto que desenvolvia.



As referências mais específicas a esse acontecimento não estão transcritas por exporem excessivamente as instituições e profissionais envolvidos nesse projeto.

No final da entrevista Pedro agradeceu pela confiança e despediu-se afetivamente.

Ao sair do Hospital, na zeladoria, o segurança a quem eu havia indagado se vira o Dr. Pedro me perguntou: Encontrou o doutor? Esse sim é dos bons, hein?!

Quando lhe entreguei o texto transcrito ele sugeriu algumas alterações nos relatos, considerando que expôs demais a Instituição. Feitas essas mudanças, ele aprovou a narrativa.

#### **4.11.1 Ainda faço muita coisa, gosto do que faço, faço direito, as pessoas ao meu redor acham que faço bem feito. Continuo.**

Eu sou de São Paulo. Meu pai era médico. Cirurgião geral.

No final da residência eu prestei concurso e já entrei para a Prefeitura. Isto foi em 1985.

Na época todo mundo queria trabalhar no serviço público. Era bem remunerado e tinha realmente muita procura. Eu achei até engraçado, porque eu via lá na residência que todos os chefes, assistentes, residentes mais velhos, todo mundo queria prestar o concurso. Eu pensei, preocupado, como a gente ia conseguir entrar, porque valia não só a nota, mas títulos, para que você pudesse escolher um lugar melhor, perto de casa. A sorte foi que acabei tendo uma nota boa e escolhi um lugar tranquilo

Na Prefeitura escolhi primeiro ir para um Pronto-Socorro que ficava lá na zona norte. Tinha acabado de ser inaugurado, era bem tranquilo. Depois acabei tendo a opção de vir para cá.

O meu pai também era da saúde pública. Antigamente todo mundo tinha um vínculo público. Ele era do INAMPS.

Eu sempre gostei de cirurgia. Sempre gostei de operar. Fiz cirurgia geral e depois cirurgia plástica.

Aqui era razoavelmente tranquilo na época em que vim. Eu era assistente de um dos chefes e acabava tendo um auxílio cirúrgico. Nessa época montei consultório.

No serviço público eu só fazia plantão, porque me atrapalhava menos durante a semana. Hoje, já faz muitos anos, tenho consultório e um plantão no Hospital.

Nunca trabalhei em mais nenhum outro local. Só na época do PAS, como eu não aderi, fui para Santana, para São Miguel, para uma creche, e quando o PAS acabou voltei para esse hospital, que fica mais próximo de casa.

No início era muito bom mesmo o serviço público. Todo mundo queria, porque o salário compensava. Eu ficava motivado porque fazia uma coisa que eu gostava- cirurgia- e tinha um bom salário. Era compensador. Acho que realização profissional é você fazer o que gosta e ter uma remuneração proporcionalmente boa. Era bom.

Pulando um pouquinho para os dias de hoje, penso que agora é o contrário. Depois de muito tempo de serviço eu comparo minha situação aqui com a do consultório. Eu já cortei convênios, porque não preciso mais. Sobrevivo sem convênio. E dar plantão aqui, na verdade, é uma perda de dinheiro para mim. Perco consultas no consultório, porque tenho que vir dar plantão. O salário pago para dar plantão na Prefeitura hoje não é proporcional ao que você oferece de experiência, de conhecimento, de títulos, de tudo. Você tem muito mais capacidade que antes, mas o salário é menor e o reconhecimento no serviço público é menor ainda.

Eu conto nos dedos a hora para me aposentar.

No meu consultório, com o meu serviço, eu fui aumentando os pacientes particulares, e hoje sobrevivo porque fiz um bom serviço. Tenho um retorno bom. A palavra não é “semeou para colher”. Acho que se você faz um bom serviço, um trabalho honesto, tudo direito, as pessoas reconhecem. Tenho pacientes que estão comigo desde que eu comecei. Eu me lembro dos meus cinco primeiros pacientes. Só uma não veio novamente depois de décadas.

Na Prefeitura não. Na Prefeitura você faz o melhor, mas é pouco valorizado.

No início tínhamos mais cirurgiões, mais clínicos, e todos tinham dois ou três títulos, especialidades reconhecidas pelo CRM. Tínhamos cirurgiões com mestrado, colegas clínicos com mestrado e doutorado. O que menos tinha especialidades tinha dois títulos. A gente era reconhecido. Eu trabalhava numa equipe em que qualquer dúvida que tivéssemos havia como esclarecer. Tínhamos um grupo multidisciplinar com várias especialidades. Tínhamos profissionais de alto nível e conseguíamos solucionar muitas dúvidas.

Com o tempo começaram a contratar médicos recém-formados. Eles davam plantão sem experiência nenhuma, porque não havia ninguém que queria. Ou seja, saía o edital do concurso com dez vagas. Chamavam 1,2,3, ninguém queria. Rodava a lista de novo. E ninguém queria. No final pegavam qualquer um. Por que ninguém queria trabalhar? Um dos motivos é que o salário começou a ficar ruim. Então conversando com um colega você pergunta: E aí, você é formado há quanto tempo? “Acabei no ano passado”, ele responde. Acabou no ano passado?! E já está na porta atendendo emergência, com uma experiência prática zero! Não é clínico, não tem nenhuma especialidade e experiência para trabalhar num pronto-socorro e atender, por exemplo, um enfartado, um paciente grave. Tivemos casos aqui de profissionais em que você fica até na dúvida se tiveram uma formação médica.

Hoje depois de muito tempo, eu não vou sair mais. Vou esperar a aposentadoria. Falta pouco.

Eu me empenho. Infelizmente, a gente fica pensando no indivíduo que vem procurar um serviço, que está muito ruim em todo país, e ele bate num hospital que não tem cirurgião, vai em outro também não tem... Você tem que fazer o melhor possível. Eu acho que você entrou para fazer isto daí. Tem que ter uma colaboração. Uma parte de você que entrou no serviço público tem que se doar para fazer isto. Tem que atender o indivíduo.

E o serviço está defasado. Por exemplo, uma das coisas que acontece no Serviço de Neonatologia. Você precisa de acesso venoso e tem que fazer a flebotomia. Praticamente sou eu o único que faz este procedimento aqui. Já há bastante tempo. Por quê? Você precisa de um material muito delicado, que não tem aqui no Hospital. Para poder fazer uma coisa de qualidade, sem lesar a criança, que de repente vai crescer um adulto com uma lesão grande provocada

iatrogenicamente porque não tinha um material adequado. Então eu trago o material para cá.

Eu trabalho em outros hospitais particulares onde se joga fora os materiais descartáveis. Eu acabo trazendo para cá este material que vai ser descartado. Eu deixava aqui, mas algumas coisas acabaram se perdendo. Então carrego comigo, ou dou para alguns colegas usarem quando necessário, para termos uma melhor qualidade de cirurgia. Permite um atendimento diferenciado. Você pode conduzir a cirurgia melhor, não só para você, mas para o paciente. Acho que isto ainda me motiva, senão eu não estaria trazendo material.

As guias de intubação eu também trago. Já trouxe um monte. Senão você vai ter que colocar um araminho lá dentro... Falo: – Não é possível! Estamos na maior cidade do país e você vê um araminho colocado lá dentro! O pessoal no hospital particular joga tudo fora. Digo: – Vou levar lá para o serviço, hein? Dizem: – Tudo bem, doutor. Pode levar. Você traz, manda esterilizar, e pronto.

Ao longo do tempo algumas coisas melhoraram, e outras pioraram. Eu acho que o problema maior é assim... Falta muita coisa, principalmente compromisso. O serviço de saúde, todo serviço público de modo geral, acabou se deteriorando. Falo que tenho compromisso de ficar aqui direto no meu plantão. Falam que é ruim, que tem um esquemão, que os médicos fazem isto e aquilo. Não é só médico. Todo mundo do serviço público faz. E isto é muito ruim. Eu não faço nenhum esquema. Fico aqui, dedico as minhas 24 horas, e até mais.

Acho que isso é se dedicar. Você vai falar: Você está tentando resolver a deficiência do serviço público? Está se doando um pouco mais? Não. Acho que não. Você é do serviço público... Já tenho um consultório, família, os filhos formados, esposa, estou trabalhando, então eu posso de repente perder um pouco de dinheiro no consultório e ajudar os que mais necessitam.

Está também faltando melhorar a utilização do material. Trocaram por exemplo o foco do centro cirúrgico por outro melhor do que o que tínhamos antes, mas que é um foco arcaico. Houve um avanço com o material, mas não do jeito que deveria. Isto é muito ruim, porque se você não tiver material adequado não funciona.

Eu acho que me dedico. Procuro conservar o material, não estrago. Não uso de maneira inadequada: a tesoura eu uso de maneira correta, a pinça... Quer dizer, é preciso preservar o material e preservar a entidade também. Isto aqui ainda é uma coisa que acaba me dando certa motivação, porque se você está desmotivado não está nem aí com nada, com o material, com o que você faz.

O compromisso dos profissionais com o serviço público mudou muito. O pessoal tinha mais compromisso. Era um pessoal mais unido, que se dedicava. Até mesmo o pessoal da enfermagem. Vinham com febre trabalhar. Agora se vão ter uma prova, não vêm. Eu tive dengue e não faltei nem um dia. Fiquei 3 semanas ruim. Vim as 3 semanas. Ruim, sacrificando um pouco os colegas, mas vim. Então, por quê? Não sei dizer bem o porquê. Às vezes a gente fica pensando que falta reconhecimento, porque se você faltar ninguém vai falar nada. Você traz um atestado e pronto. Assim que funciona. Antigamente não tinha isto. O pessoal se dedicava.

Você procurava saber sobre o paciente que foi operado no plantão anterior, por exemplo. Saber como foi... Hoje você pergunta: – E aquele paciente? Eles nem lembram. Nem têm o nome... Eu chamo todos os meus pacientes pelo nome. Acho que é questão de respeito, e eu quero que tenham o mesmo por mim também.

Eu abri mão de muitas coisas aqui. Antigamente eu era mais rígido. Exigente. Não podia fazer nada errado. Por exemplo, ainda tenho um pouquinho disto porque todo o pessoal que trabalha comigo lá no centro cirúrgico, na sutura, nenhuma delas pode cortar um esparadrapo, um micropore, com a mão. Eu dou tesoura para eles. Pode ser uma tesoura mais simples, mas tem que cortar com tesoura. O paciente tem que sair com um curativo bem feito. Não pode colocar de qualquer jeito.

Se vai passar uma atadura, cortar uma fita crepe, vai cortar com tesoura. Não é na mão! É cortar e pôr direitinho. Não pode passar uma faixa de qualquer jeito. E eu vou explicar porquê. “Ah! Vai fazer assim porque...” Acho que ainda me dedico. Procuro até passar isto para frente. Quando exijo, tenho uma resposta. Todo mundo sabe, e quando tem um funcionário novo, e veem que ele está cortando errado, falam: Não pode assim, porque o cirurgião não gosta. Não digo só que não gosto. Eu explico porque vão fazer assim. Explico.

Não gosto... É um pessoal mais simples que a gente atende. E a forma como eles vão fazer o curativo depois, como vão conduzir o tratamento, depende do que você fala. Não adianta você dar o primeiro atendimento, e depois você esquece. Precisa explicar quando vão tirar o ponto, como fazer o curativo... E como é que trata. Essa é uma obrigação ainda nossa. Não só do médico, como do pessoal da enfermagem. Você fez o primeiro atendimento, e depois larga o paciente? Ele tem que se virar? Não. Comigo todos saem com uma informação: Você vai tirar os pontos com 10 dias, com 15. Vai ao Posto... Faz o curativo assim e assim. Uma das coisas que eu brigo muito é sobre lavar a ferida com água e sabão. Não existe a palavra "sabão". O pessoal ainda quer lavar a ferida com água e sabão de coco, sabão de pedra. Isto é arcaico! É de 30 anos atrás. Sabão corrói a pele. É bom para limpar vidro, banheiro, porque tem soda cáustica e tira gordura. Mas queima a pele, a roupa, estraga a mão... Você tem que ensinar, porque isso não é ensinado na escola, né? O pessoal não está informado.

Acho que de modo geral não há disponibilidade para isto, porque demora um pouquinho mais o atendimento. Não tem como você fazer o trabalho daqui, se você não parar para explicar. Porque às vezes o paciente olha com ar de interrogação. Você explicou, mas percebe que a pessoa não entendeu. Isto é muito comum. Está cheio no Brasil. Você ouviu, e não entendeu. Você tem que parar e explicar melhor.

Outra coisa que tem também, às vezes, é falta de colaboração dos colegas. Em alguns momentos você tem dois médicos atendendo, sem privacidade nenhuma lá dentro (na Sala de Sutura), a porta aberta... Você pergunta uma coisa e o outro está ouvindo também. E tem que ter a porta fechada. Se você tem um acidentado, uma emergência, e não tem que falar muito, então dá para colocar em duas macas, porque tem um biombo separando. Você não precisa fazer nenhum questionamento para ele. Quando você tem um caso que exige mais questionamentos é ruim.

Mas é assim... É deficitário. Você precisa de um trinco, por exemplo. Então está bom. Você pede porque quebraram a chave. Então vamos pôr um trinco... Mas o negócio é tão ruim, deteriorou tanto a qualidade, que vem alguém da manutenção colocar um trinco e coloca ao contrário. Você fica olhando, e fala assim... Acho que ele nunca colocou um trinco! O trinco é feito para fechar por dentro e alguém não conseguir entrar por fora! Ao contrário é meio ilógico. Isto é muito complicado e você

se desgasta, porque você olha a pessoa fazer um serviço deste, vai conversar, e ele olha feio... “Mas amigo, você não está vendo?” “Doutor, é assim mesmo”, ele diz! Eu e o auxiliar falamos várias vezes para ele poder entender. O auxiliar mostrando... Você vê que está trabalhando em um lugar em que a Prefeitura está contratando pessoas para trabalhar junto com você com um nível muito baixo. E você tendo uma qualidade de trabalho melhor não é reconhecido.

Então é isto que hoje eu reclamo muito.

O pessoal da enfermagem às vezes não tem experiência nenhuma. Você pede um negócio básico, ela fica olhando, com aquele ar de interrogação, e você pergunta: Você sabe o que é isto? “Desculpa, não sei”, ela diz. Então são pessoas que entraram sem experiência nenhuma. Lembro até hoje que a gente estava na Sutura, na Sala de Emergência, e chegou uma funcionária da enfermagem nova no serviço. Eu perguntei quem era e ela me disse que aquele era o seu primeiro dia de serviço. “Primeiro dia no Hospital?”, perguntei. Ela disse: – Não. Eu acabei de fazer o curso. Falei: – Sinto muito! Desculpa, não tenho nada contra você, não lhe conheço, mas o seu primeiro dia não vai ser aqui. Você vai trabalhar na Emergência e na Sutura?! Na Emergência precisa saber onde o material está e precisa ter experiência para pegar as coisas com rapidez. Tem que ter certa dinâmica. “Infelizmente aqui você não vai trabalhar. Vou chamar a enfermeira e você não vai ficar aqui”. Veja o nível! A pessoa que entrou, no primeiro dia, recém-formada, e alguém a coloca na Emergência. Completamente despreparada e está na Emergência para receber um acidente grave, um caso clínico grave!

O serviço ficou muito ruim. Mas não vou dizer que a estrutura não tenha melhorado. Existem equipamentos que melhoraram, material, mas o espaço físico continua sendo o mesmo. Você não consegue melhorar o espaço físico, não consegue otimizar o espaço físico. Antes tinha menos gente. A população aumentou e os hospitais não estão dando conta.

E o tipo de pessoas também mudou. Antigamente aqui era um bairro de periferia. Parecia sítio. Não tinha absolutamente nada. Em frente era um terreno baldio e daqui até lá em cima não tinha nenhuma casa. As pessoas eram mais simples, mais humildes, e dava para conversar melhor. Hoje não. É um pessoal mais agressivo. Açam que como pagam imposto têm que ser recebidos, porque você é

funcionário deles: – Eu pago e você tem que fazer o que eu quero. Acho que na verdade eles têm certa razão, mas eu não fico discutindo. Com mais de 30 anos na Prefeitura devo ter tido umas duas discussões. Eu respeito e me dou ao respeito. Difícil eu entrar em um bate boca, primeiro porque eu não deixo, e segundo porque o paciente vê que eu entendo do assunto, que vou fazer um bom serviço, e que muitas vezes estou sobrecarregado e não tenho como atender duas pessoas ao mesmo tempo. Às vezes fico sozinho...

É o que a gente vê no serviço público: falta compromisso. Os colegas de outras unidades encaminham pacientes sem ter encostado a mão no paciente, sem ter visto o que tinha de corte, de machucado. Ou conversado do que se tratava. Eles simplesmente não fazem nada! “Não é comigo. Não sou cirurgião...” A pessoa está com sangue, vai lá na Unidade e vem com uma toalha amarrada do mesmo modo que saiu de casa. Quando você vê não é nada! Ela fez um furo, não precisava dar ponto, era só fazer um curativo. Ele pôs na ambulância, gastou R\$ 1000,00 do sistema público, para chegar aqui e eu falar que podia ter limado, feito um curativo, e recebido orientação. Não precisava do cirurgião! Um médico, ou alguém da enfermagem, resolveria. Eu pergunto... Ou melhor, perguntava... Parei de perguntar, porque estava me irritando muito. Fazia relatórios das situações, mas é uma coisa que também não serve. Já fiz duzentos mil relatórios, mas nunca tenho resposta.

Então o paciente vem e eu pergunto: - Foi você que pôs esse pano, esse papel no ferimento? Você veio direto de casa? Não passou por outra Unidade? Ele diz: – Passei, mas não puseram a mão. Assim! Mas a obrigação mínima de um serviço que é de prestação de saúde é olhar, limpar, passar um soro, um antisséptico, cobrir com uma gaze, e não deixar o paciente sair de lá assim. Tem coisas absurdas!

Eu teria até vergonha. Isto é falta de compromisso do médico, da enfermagem, com o paciente. No passado tinha, e hoje não tem absolutamente nenhum. Uma vez encaminharam um paciente e escreveram na ficha de encaminhamento: “Solicito cortar a unha do pé.” Eu teria até vergonha de escrever um negócio deste e carimbar, colocar o meu CRM. Mas o médico pôs em uma ambulância, gastou R\$ 1000,00 do serviço público, e mandou para cá. É um absurdo. Eu não consigo. Sou meio rígido. Era bem mais. O pessoal mais antigo da



enfermagem fala: – Nossa! Vocês não sabem como era o doutor. Hoje eu dou risada. Porque muita gente tinha medo de vir conversar comigo. Mudei bastante. Acho que estou melhor, aceitando mais.

Eu acho um absurdo, por exemplo, mandarem um paciente dizendo que acham que ele está tendo um sangramento. Espera! Falei no telefone com o médico: – Você está me mandando um paciente porque você “acha” que está tendo um sangramento?! Você vai pôr na ambulância para eu examinar, investigar, porque você “acha” que ele está tendo um sangramento?! Você “acha”?! Você é médico?! O pessoal até se ofende do outro lado. Porque eu não consigo entender como um colega pode virar e falar que está mandando alguém porque “acha” que ele está sangrando. Espera aí! Para você mandar, se ele está sangrando, você precisa ter parâmetros. Então começo a discutir.

Pergunto mesmo! Você mediu a pressão? Você me passou o caso clínico direito? Você não me deu o nome da pessoa direito, se é do sexo masculino ou feminino, a idade, o que aconteceu, um histórico breve, PA, pulso, se está dispneico. Conclusão da história: O cirurgião é chato. Porque quando estou na Sala da Sutura para receber paciente de outra unidade, não deixo a enfermagem receber o caso de ninguém. Ou passa para mim, de médico para médico, ou não vai passar. Muitos de raiva mandam direto. Sem passar o caso. O que está errado pelo código de ética médica.

Então a enfermeira de outra unidade liga, e eu atendo. Ela diz: - Aqui é de tal lugar, o doutor tal está mandando uma criança... Eu digo: – Chame o médico para ele passar o caso. “Mas ele está ocupado...” Não. O caso tem que ser passado assim. Assim que se faz. Em qualquer lugar do mundo civilizado, de bom atendimento, você tem que passar as coisas de maneira correta.

Hoje muitos passam – 80% a 90%. Mas alguns não passam, porque eles já sabem que eu exijo, que faço perguntas, daí preferem não falar comigo. Demora um pouquinho para fazer isso, né? Mas é assim. Eu sou médico, e o outro tem que passar como médico. Não é “estou mandando porque cortou”. Não! Espera um pouquinho: Quem está mandando quem?! Não é o cachorro que caiu lá na frente. Tem que falar o nome.

Hoje se perdeu muito do que tínhamos no passado. O respeito. A valorização. Você não sabe quem está do outro lado. Aqui na Sala de Sutura... Aquela porta não é de ninguém. Se a porta está fechada, ou encostada, tem que bater na porta para entrar. Mas é raro fazerem isto. Se você está examinando alguém o pessoal da lavanderia simplesmente abre. Ou o pessoal da farmácia, que entra e vai colocando material lá dentro... A pessoa está sem roupa, e eles não estão nem aí.

O bombeiro também... Simplesmente entra. Hoje ele me respeita, me cumprimenta, ele viu que não está entregando o paciente para qualquer um. Hoje o nosso relacionamento é bom, mas na primeira vez! “Você pensa que está onde? Vai entrando? Você bateu na porta? O paciente é o quê?”, eu falei. “Não, porque...” “Não. Você não entra”, falei. Nossa! Foi um bate boca! Hoje ele é super cordial, bate na porta, sabe direitinho. Ele viu que tem uma diferença. Começou a ver que eu faço direito. Não vou falar pelos outros.

Você chama a atenção e as pessoas olham torto, né?

É assim... Eu chamo as pessoas pelo nome. Todo acompanhante que entra eu pergunto: - O senhor, a senhora, é o que dele? Eu fico sabendo quem é. E também me identifico. Não tem como a pessoa não saber quem sou. Só que você exige, e o serviço não lhe dá um retorno. E você não tem como reclamar. Se você faz um relatório, não sabe o que foi que deu. É uma coisa de ficar impotente diante da situação.

Os acompanhantes dos pacientes, por exemplo... Entram 3, 4, juntos. Quem deveria segurar esses 3, 4 ? Não é a instituição? É preciso colocar lá na frente que não pode entrar. Não pode! Ele está num serviço público, não é dono. Não é ele o doente. Você fala com o segurança, ele olha torto... E continua a fazer do mesmo jeito. Quer dizer: – Qual o reconhecimento que você tem? Depois de 31 anos de trabalho, 3 títulos, ATLS... Não adianta nada. Nem financeiramente. Não tem nada. Como um serviço público pode ser gratificante?

Tenho algum reconhecimento dos pacientes... Agradecimento... Eu brinco que vejo às vezes as pessoas recebendo mais elogios do que eu. Tem um mural de agradecimentos dos pacientes, né? Mas é também muito marketing para que o paciente agradeça, escreva...

Claro que é muito gratificante as pessoas reconhecerem que você fez uma cirurgia, salvou a vida de alguém, e tudo... Uma vez eu estava no PAS e atendi uma criança que se cortou no vaso sanitário. Ela cortou as costas tão profundamente que o corte chegou até o pulmão. Tivemos que colocar um dreno, foi trabalhoso, e a criança sobreviveu. Uns seis meses depois eu estava atendendo, fazendo a porta, e de repente veio uma menina falando: – É ele, é ele, não falei?! Era a menina. A mãe falou: – O senhor atendeu minha filha. Eu estava tão desesperada que nem me lembro. Mas minha filha lembrou-se logo que foi o senhor que a atendeu, que a salvou. Ela contou e eu vi a cicatriz. Ela me abraçou. Eu chamei a enfermeira, a auxiliar que estava junto na ocasião, e foi uma choradeira. A criança tinha 6 anos. Mas não é muito comum. Hoje parece que você não faz mais que a obrigação.

Tem muita gente que diz vou trazer isto, aquilo, uma pizza. Não precisa. Esta é minha obrigação. É que o pessoal não sabe distinguir direito o que é um bom serviço e um mau serviço. Ele acha que você dá pontos ali sentado de qualquer jeito. Mas não. Você tem que deixar o paciente confortável, tem que ficar numa posição correta, lavar, dar um ponto adequado, limpar tudo de maneira correta.

Por isto eu falo... Sempre aconteceu das pessoas não fazerem direito, mas é que agora fazem o mínimo. E se você faz melhor, não é reconhecido. Isso me incomoda. Está incomodando já há um bom tempo. E falta educação para a população saber distinguir o que é bom e o que é ruim. Se a pessoa não sabe o que bom, ela não pode perceber se aquilo que ela está recebendo é de boa ou má qualidade. Eu opero em serviços particulares, e às vezes a gente vai ver um caso no Einstein, por exemplo. Tudo bem. Têm profissionais altamente especializados... Mas se é preciso dar um ponto, e a pessoa quer um plástico, pode esperar 3, 4 horas para vir o médico. O paciente aqui espera 30 minutos e acha que está demorando. E eu sou plástico! Não adianta dizer para ele. O mesmo trabalho que eu faço no Sírio, eu faço aqui. Mas ele não sabe distinguir, e então fica reclamando. Só que ele é melhor atendido aqui do que se tivesse ido para um Hospital particular. E eu não faço diferença com os pacientes. De modo geral esse atendimento é feito de maneira diferente porque aqui o profissional que atende talvez não vá ver o paciente nunca mais. Ele acha que é mais um.

Hoje a gente fala de reconhecimento, mas não é só. O próprio paciente não tem educação. Está faltando base. Ele é mal formado. Quando a televisão mostra a tomografia, ele acha que é fácil ter tomógrafo em todo lugar. A gente acha um absurdo não ter tomógrafo aqui, por exemplo, porque o paciente às vezes tem que atravessar a cidade para fazer uma tomografia. E depois algumas vezes volta, para ser encaminhado novamente para um neurologista. Mas onde ele fez a tomo tem neuro! A rotina é esta: Você faz uma tomografia lá no Campo Limpo, depois volta, o médico olha, e precisa de um neurologista. Daí você pede de novo o encaminhamento para outro lugar. É tanta burocracia que você não consegue mais resolver o problema do paciente, o que é a finalidade de você trabalhar num serviço público. Você manda o paciente para lá e para cá, e às vezes ele não tem nem dinheiro para voltar para casa.

Acho que ainda dou um pouquinho de sangue, porque tenho esta preocupação de fazer um ponto melhor, de fazer uma limpeza, de orientar...

Mas você começa a ficar chateado porque não tem retorno.

O paciente chega e diz que veio tomar a segunda dose da vacina antirrábica. Eu poderia só pegar e escrever "vacina antirrábica". Só que não. Peço para entrar e pergunto: – Como é que foi? O cachorro de quem é? "É meu". E por que o médico vacinou? O seu cachorro está vivo, está saudável? "Está". Mas ele não tomou a vacina no ano passado? Ou seja, o protocolo é: cachorro conhecido, sadio, observável, você dá dez dias para vacinar. Se não acontecer nada, você não precisa vacinar. Por que o outro mandou tomar? Ele nem quis saber da história. E isto começa a cansar. Demora mais o seu trabalho, você aumenta o tempo de espera de outros pacientes, o paciente fica reclamando. O paciente fica na dúvida, porque foi mordido por um cachorro e o médico disse que precisava tomar a vacina. Agora vem outro e diz que não precisa. Ele começa a olhar...Você tem que explicar mais. Isto aconteceu. Um pessoal diferenciado. Eu falava. Mostrava o protocolo. "Veja se você precisa tomar a vacina. Isto é um órgão oficial. Se quiser entrar no site vai ter a mesma informação. Se encaixa no que você tem? Então não precisa". Eu poderia ter dado a vacina e pronto. Então tá bom. Ele mandou de maneira errada. Cansa, né?

O mais engraçado. Quando você desenvolveu aquele Projeto na outra Unidade em que trabalhei eu falei quase que a mesma coisa. A gente conversou. Aí

você falou assim: – Depois nós vamos conversar. Se alguma coisa eu puder fazer, vamos conseguir mudar. Darei um retorno. Nunca mais a gente conversou. Você acha que conseguiu mudar?

Eu nunca quis comentar. Já cruzei com você outras vezes, cumprimentei, mas nunca quis questionar: – Você se lembra do que a gente conversou? Perguntou o que eu achava... Esse descontentamento já faz tempo. Eu falei isso com você. Você falou que ia dar um retorno. Quanto tempo faz? A gente nunca mais conversou. Sempre fiquei esperando. Pensava: – Acho que ela não conseguiu resolver.

Na verdade quando a gente fala de reconhecimento...

A gente estava discutindo a colocação de um fio na parede. Você põe o funcionário para passar um fio na parede e ele abre uma canaleta no concreto. Tem que pôr um conduíte! Ele colocou o fio e jogou cimento direto. Ou seja, ele enterrou o fio na parede. Aquele fio nunca mais sai dali, e se tiver um curto, alguma coisa, você vai perder aquele fio. Você olha e fala, mas... Ele diz: – Ninguém vai mexer nisto daqui... Quer dizer... Isto não é resposta. “Meu amigo, precisa colocar um conduíte!”.

O foco da sutura ficou, talvez, por dois anos queimado. Ficou lá... Inútil. Uma vez eu resolvi arrumar. Então tá... Se passaram dois anos! Pensei: – Não é possível. Faltava uma lâmpada! Qual o problema de trazer uma lâmpada e trocar? Mas era uma lâmpada diferente, cara. Então eu falei: – Vou trocar. Vou comprar um soquete diferente, e colocar uma lâmpada comum. Trouxe o material e estávamos montando, eu e um auxiliar da Sutura. Naquele dia vieram arrumar o foco. Dois anos depois! Ficamos sabendo que a lâmpada original custava R\$ 500,00. “Está brincando! R\$ 500,00?!” Eu gastei R\$ 20,00 e ia fazer a mesma coisa! Acho que ainda tenho empenho em prol de termos melhores condições de trabalho e de poder oferecer algo melhor para o paciente. Para você trabalhar dando ponto, é melhor que possa enxergar. Você vai ter um resultado melhor.

O que acontece? Os profissionais são mal formados. Falta educação de base em todas as áreas. O que falta? As crianças ficam muito tempo numa creche, os pais trabalhando, chegam em casa à noite, cansados, têm que acordar cedo... O contato que eles têm com as crianças é mínimo. No final de semana mal saem com

as crianças. Estas crianças vão aprender o quê? Cidadania, o que é certo ou errado, eles vão ter que aprender em algum lugar. Eles aprendem onde? Em casa? Não. Ficam tão pouco com a família. O resto do dia, que são mais de 12 horas, eles ficam numa escola, numa creche. A escola precisa ensinar.

Por exemplo, eu tenho uma tia que mora no Japão e agora veio ao Brasil em visita e me contou que por causa da crise lá também tem muitos jovens delinquentes. Se um jovem está andando de bicicleta, ele tem que andar na faixa no sentido indicado. Se ele estiver ao contrário, a polícia vai parar, perguntar onde ele estuda, e entrar em contato com a escola para saber se não estão sendo ensinadas as leis de trânsito. Eu ouvi isto e pensei: – É verdade. Você acha que é o pai que tem que ensinar, mas eles primeiro falam da escola. Interessante. Você começa a ver pontos de vista diferentes. A escola é importante para ensinar cidadania, educação... Isto não é só obrigação dos pais. Não. Você começa a entender. É o que está faltando. A escola também não está ensinando: o que é cidadania, o que é seu direito, seu dever.

Acho que é de base. As pessoas estão mal formadas. Tem os dois lados: caráter e personalidade. O caráter não foi moldado. Você poderia ter moldado, se tivesse imagens. Você vê o nível de corrupção. Parece que não precisa de escola. O indivíduo não fez nada, e pode chegar a ser até presidente, ou ele vai precisar batalhar? Depende do exemplo. Muita gente acha que não precisa estudar.

Está faltando base, exemplo. Por isto eu não mando simplesmente cortar com tesoura. Vou explicar o porquê .

Infelizmente tem a influência do meio também. O ambiente do serviço público. Você não é sozinho, mas está em um micro sistema ecológico. Você vai interagir com outros. Interpolando. Intercalando os círculos. É base, mas é o sistema também.

O sistema público não pensa no cidadão. Funciona para o bem próprio, do indivíduo. Por quê? Faz a eleição, entra outro governo e nos meses que antecedem a mudança ninguém faz nada: Por que fazer se eu vou sair mesmo? Esta é a ideia. Não é que eu vou continuar fazendo em prol do serviço público. Não. Porque vou me desgastar se amanhã não estarei mais aí. O sistema corrompe.

Eu brigo. Vou fazer uma sutura pequena e eles abrem uma seringa grande. Não deixo. Porque se vou precisar de pouco anestésico, então a seringa tem que ser pequena. Por que vou usar seringa grande? “O senhor está preocupado com o quê?”, perguntam. Então é serviço público e não é de ninguém? Não! É nosso o dinheiro. O corte é pequeno...

Não vou usar um fio grosso, se é uma criança. Então não abra. Não é fio para amarrar carro. Hoje o pessoal que faz isso é pouco, porque não consigo trabalhar com quem tem este tipo de comportamento. Porque a seringa menor custa menos do que a grande.

Não é também para abrir de qualquer jeito. Abre um monte de gaze? Não. Tem que esperar eu pedir. Quando eles erram falo: – Vamos começar tudo de novo. Para ver se quebra este ciclo.

Mas eu encontro parceiros nesse compromisso. Isto é muito bom. Mas é uma parcela pequena... O serviço público trata todos os cirurgiões remunerando igual, fazendo tudo da mesma maneira, com todos os direitos iguais, mesmo aquele que faz tudo errado. Mas se não tiver esse, não vai ter outro, então é preferível deixar ele mesmo. Isto é horrível de você ouvir. “Fica porque não tem outro.” Você começa a pensar: Nossa! O sistema está falido. Não tem outro!

Quando meus colegas querem contar as histórias eu nem quero ouvir. Porque isto chateia mais ainda.

Um faz a ficha bem feita e outro mal feita e ninguém fala nada. Deixa assim mesmo. Então fica esse “deixa”.

Será que isto está correto? O serviço público está cansando. Por isto não vejo a hora de me aposentar. Conto nos dedos.

Dou bastante de mim, mas o serviço público não reconhece quem faz um trabalho bom ou ruim.

É muito triste. Eu gosto. Trago material para operar. Trago coisas. Hoje eu trouxe seis canetas de bisturi que iam ser jogadas fora e vou entregar amanhã para o serviço. Acho que isso quer dizer que vale à pena trabalhar num serviço público. Vale à pena atender o indivíduo que não tem condições. Fazer um bom diagnóstico,

depois dele já ter rodado tanto. Não consigo mandar embora um paciente que rodou, rodou, e diz: – Doutor, não tenho para onde ir. Daí você consegue resolver o problema dele. Isto dá uma satisfação interna de resolver a dificuldade. As pessoas ficam andando de um lado para o outro porque não tem cirurgião lá, não tem ali, e você vai dizer não é comigo? Eu faço tudo. Acabo resolvendo. Quando dá... No passado o pessoal reclamava, porque era mais serviço quando você queria fazer estes atendimentos, já que não eram de urgência. No passado os colegas não queriam, porque quanto menos trabalho melhor. Isso é cultural. Vem de décadas. Não há uma ideia de que ele está sendo pago para isto, para trabalhar.

Aqui quanto menos trabalhar é melhor. Vou receber sem fazer nada, então é uma maravilha.

Outro dia veio um paciente que estava desempregado há muito tempo e finalmente conseguiu um emprego numa empresa de ônibus. Só que foi passar no médico do trabalho que falou que ele tinha uma hérnia inguinal: “Se você operar a gente consegue até lhe contratar, mas com uma hérnia não dá”. O paciente começou a procurar os hospitais e terminou aqui: – Doutor, pelo amor de Deus! Preciso trabalhar. Tinha mais de 50 anos. Falei: – Vamos fazer os exames e a gente opera. O pessoal reclama, porque tem que entrar em cirurgia comigo, e a porta fica sobrecarregada. Quando você chega tem um monte de fichas para atender.

Tem uma paciente que estou atendendo e que perdeu muita pele em um acidente de moto. Ela não vai conseguir fazer isto em nenhum serviço. Estou fazendo a plástica já tem uns dois meses. Ela está vindo... Eu trouxe de fora um material para dar cobertura de uma área que ela perdeu completamente. Acho que dá para fazer isso de vez em quando, mas para alguns colegas quanto menos e mais rápido atenderem é melhor. Você fica na frente duas horas. Se atender 10 fichas em 5 minutos está ótimo. Você vai ter 1 hora e 55 minutos de folga. É duro. Este é o tipo de mentalidade... Pessoal ruim. Complicado.

Às vezes fico bem sobrecarregado por causa do movimento. Às vezes tenho vontade de largar o serviço público porque faço o cálculo e não vale a pena... Quando não estou de plantão na sexta, eu ganho mais do que ficando aqui, mas não posso perder o benefício da aposentadoria. Se colocasse no papel como um empresário, ia ver que não compensa mais. Devia ter largado há muito tempo. Isto é



complicado. Então não fico pensando nisto. Fico pensando que eu vou ajudar alguém a resolver um problema, dar ponto numa pele que ele perdeu e que se fosse outro iam arrancar e jogar fora, não iam dar ponto legal. Hoje você vai conseguir resolver o problema legal. Hoje vou operar uma criança de apendicite, e eu brinco que eles reconhecem e sabem quem operou, porque a minha cicatriz de apêndice é mínima. Criança muito magrinha tem a largura de um dedinho. Só entra este dedo. A enfermagem sabe, porque eles cobrem com um band-aid.

Isto é gratificante. Saber que eles falam na enfermagem: – Você teve sorte. Não quero que paciente venha e fale “muito obrigada”. Eu acho que faz bem fazer direito, da melhor maneira possível.

Fico pensando... Não fico discutindo muito. Olhando e comentando direto. Estamos conversando aqui e eu posso falar. Você começa a ver que é isso mesmo que está acontecendo.

Um exemplo. No outro hospital onde trabalhei anteriormente fui ver uma criança que foi operada e mandaram vir tirar o ponto. Fui lá e era uma menininha super simpática, bonitinha, com uma cicatriz pequeninha também. A enfermeira virou e disse: – É sua. Eu tirei os pontos, a paciente foi embora e eu falei para ela: – Infelizmente não fui eu. Se você olhar vai ver que o colega teve muito boa vontade de fazer uma cicatriz pequena, mas só que foi infeliz, porque na hora de fechar tinha que fechar com fio fino, e ele deu 3 pontos grandões, que vão deixar uma marca grande. Uma cicatriz pequena, com 3 marcas muito grandes. Então não foi o fio adequado. E ficou muito longe, ele apertou demais, e teve a marca. E ele pediu para voltar depois de 15 dias. Ficou muito tempo. Na hora em que ele fechou, como o fio era muito grande e pegou muito longe, a borda ao invés de ficar uma do lado da outra, ele apertou e encavalou. Conclusão: Essa cicatriz nunca vai ficar bonita. Uma cicatriz feia, em degrau. Você vai falar: Será que ele não podia ter feito um pouquinho melhor? Ter tido um cuidadinho? Será que ele não sabia? Não sei. A auxiliar entendeu. Falou: – Achei que era o senhor, porque a cicatriz era tão pequenina. Então o pessoal reconhecia... Eu tenho que explicar.

Aqui é lugar de ninguém. O paciente não sabe exigir e não tem ninguém cobrando.

O sistema não vê isto. Não está cobrando. Ele não sabe distinguir se você é bom ou ruim. Vai ver números. Você atendeu 20 pacientes, o outro atendeu 5, só que os seus cinco foram bem atendidos. O outro atendeu 20 e mal. Os 20 vão procurar outro serviço, porque não conseguiram resolver. Eu consigo resolver 5, mas bem feito, até o fim. Quem está vendo estatisticamente vai levantar a ficha e ver “Nossa! Este médico atende 30! O outro atende 5!” Agora dá para ver a qualidade? Não dá. O sistema vê quantidade.

Vão colocar uma UPA aqui do lado. Ou seja, já tem uma unidade ao lado do hospital, vai ter uma UPA, no menor hospital da região. Várias unidades da região vêm para cá, agora toda UPA virá para cá. No menor hospital da região?! A gente atende várias unidades da região. Não divide com ninguém. Todos vêm pra cá. Isso para quê? Para que um político possa vir e dizer que está inaugurando uma UPA.

É o que eu falo. Isso tinha menos no passado. Você conseguia então deixar de lado as coisas más, as coisas boas você ia pesando na balança e conseguia levar melhor. Porque assim você vai escolher. Ou o salário é um super salário, você não gosta daquilo que faz, mas você tem que fazer bem, porque senão vai ter outro no seu lugar; ou é como aqui em que o cara recebe um salário ruim, faz aquilo que não gosta, faz mal, e ainda prejudica alguém.

Você não tem uma seleção. O serviço não está vendo isto. A balança está pesando muito para o lado negativo.

Com os colegas daqui são poucos com quem eu saio, vou a uma festa, encontro fora. Nas turmas anteriores a gente frequentemente saía para jantar, frequentava a casa uns dos outros, se reunia. A equipe toda. Duas, 3, 4 vezes no ano. Tínhamos mais relacionamento, mais convívio. Ajudávamos uns aos outros também: “Ah! Tenho uma dúvida. Dá para me ajudar?”. Hoje se você chama as pessoas, ou se vai mandar algum caso, eles acham que está dando mais serviço. “Ah! Você está me mandando isto?!” Não se preocupam em resolver o problema do paciente, mas se aborrecem porque você está dando mais trabalho. A mentalidade mudou. O que está acontecendo?

Acho que está faltando base. Precisa começar de novo a educar. Uma educação bem feita. Pagando bem os professores. O que todo o mundo lá fora, nos

países que cresceram, fez: deram saúde e educação. Porque é o básico. Vamos ter boa mão de obra. Hoje o país está empurrando o serviço público com a barriga. Falta isto, falta aquilo.

Mas o pouco que consigo resolver é bom. O lado da satisfação é muito bom. A gente fica com o ego um pouco bom... Às vezes está triste... Quando chego e vou passar na Observação a enfermeira diz: Ah! Doutor! Graças a Deus você veio. Hoje é dia de resolver as coisas. Tenho um bom conceito com a enfermagem. Com os médicos. Eu faço o que me compete. Não é nada de excepcional. A gente faz o que é obrigação. Se os outros não fazem, alguém devia cobrar. Só que se cobrarem o cara vai embora, e ficamos sem ninguém. É duro imaginar que seja isto.

Da nossa conversa há anos atrás eu ainda estava esperando a resposta. Pensei: – Será que ela entrou no mesmo sistema vicioso do sistema público? Porque você falou que me daria um retorno. E os anos se passaram. Eu pensava: – Ela entrou na máquina?

Eu continuo. Acho que você também, né?

E não é que eu queira fazer do meu jeito. Se você está num serviço e quer que façam do seu jeito, é diferente. É uma coisa de cada médico fazer de um jeito. Não é assim. Não é “do meu jeito”. Não é só porque “eu quero”. É porque é correto. É assim que se faz. Tem que saber o porquê, as complicações. Eu explico: Faça isto e aquilo... E a gente vai dizer o porquê. É do jeito que deve ser. Dá satisfação, porque a maioria acaba fazendo. Acho que é gratificante. Mas alguém tem que falar, senão você nunca vai ter o sentimento de ter feito uma coisa errada. Alguém está vendo e falando.

As pessoas sabem que eu trabalho direito. Não se preocupam muito então. Eu já fui chefe, sabem que qualquer intercorrência a gente sabe conduzir. O tempo, a experiência, acabam ensinando. Mas isso tem que ser valorizado também. O serviço privado lá fora valoriza esse indivíduo que tem liderança, mais conhecimento, mais experiência. Que pode ensinar. Não existe só “eu sei fazer”. Todo mundo tem que saber. Isto é importante, e eles reconhecem, dão valor; mas no serviço público não. A ideia de ser gratificado compensa como? Recebendo elogios? Ou financeiramente? Não tem isto aqui.

Questiono. É injusto. Não sabem diferenciar.

Nossa! Chega!

Ainda faço muita coisa, gosto do que faço, faço direito, as pessoas ao meu redor acham que faço bem feito. Continuo. É gratificante.

#### **4.12 A história de Lucas**

Lucas é médico, tem 33 anos, e trabalha há 2 anos no Hospital em que o entrevistei.

Eu já estivera procurando por um profissional médico com pouco tempo de trabalho em serviço público de saúde, e havia tido duas indicações, mas nenhum desses profissionais aceitara o convite.

A médica que recomendara os demais profissionais afirmara na ocasião: “É muito difícil encontrar um jovem médico nas instituições públicas de saúde que esteja comprometido com o trabalho, interessado. Que tenha um ideal...”

A indicação de Lucas para participar como colaborador desse Projeto foi feita por Bárbara, que o indicara com muita convicção.

Aceito o convite, Lucas, tranquilo, com leveza, jovialidade, vai relembando como se deu a sua escolha pela Medicina: “Desde criança brincava com coisas de médico. Tinha maletinha de médico...”. Foi assim desde sempre. Começou brincando, e pareceu-me que, apesar da seriedade e empenho com os quais se dedica a sua profissão, não perdeu o prazer que experimentava nas suas brincadeiras.

Embora as suas escolhas tenham exigido esforço, como quando fez dois anos de cursinho preparando-se para o vestibular, pareceram suaves. Começou a graduação, logo no segundo ano interessou-se por cirurgia, depois por vascular e pelo trabalho em Emergência. As portas foram se abrindo.

Percebi que a curiosidade e o gosto por desafios fizeram-no mover-se e sustentaram o seu interesse pela prática cirúrgica.

Provavelmente, como afirmou, terminará por deixar as atividades que dão mais trabalho e menos recompensa, e suspeito que o trabalho em instituições públicas de saúde esteja incluído entre aquelas que não valem muito à pena.

No momento em que retornei com o texto transcrito, Lucas pediu que o nome dos profissionais que citou fossem trocados, e que uma situação específica a que se referiu fosse mencionada como tendo ocorrido em outra instituição.

#### **4.12.1 Queria esse dia a dia... Porta aberta. Mão para tudo.**

Você perguntou como isto tinha começado? Desde criança eu brincava com coisas de médico. Tinha maletinha de médico... Sempre minhas brincadeiras mexeram com ciência, biologia... Eu gostava de plantar... Sempre tive interesse nessa parte.

Daí no colégio quando tive a disciplina de biologia era o que me interessava! Não gostava de matemática, não gostava de história... Gostava de ciências. Ainda mais na sexta série, quando estudamos o corpo humano, foi quando tive as melhores notas.

Não tenho médicos na família.

Meu pai é metalúrgico e minha mãe cuida da parte administrativa da empresa dele. Eles não têm nem curso superior. Minha irmã é arquiteta. Da área da saúde fui eu mesmo o único louco que quis.

E eu nem gostava de estudar! Ia levando a escola... Minha irmã era estudiosa! Eu nem tinha interesse em nada. Nunca fui muito ruim, mas não era nada demais. Tanto que quando eu falei que ia fazer medicina ninguém acreditou em casa. "Você está brincando!" Fiz dois anos de cursinho para conseguir entrar na faculdade. Entrei numa faculdade particular e fui morar em outra cidade- Ribeirão Preto.

Fiz a graduação lá e logo no segundo ano da faculdade eu vi que queria cirurgia. Começamos a ter aula de clínica cirúrgica e eu vi que isto despertava muito o meu interesse. Fiz coisas de cirurgia já durante este período.

Não sei o que me chamou atenção... Talvez aquele negócio de abrir, de cortar, de ver o corpo por dentro, o organismo funcionando. E tinha também uma coisa manual... Não era só clinicar. Precisava colocar a mão mesmo! Eu gostei daquilo.

Eu antes de ter as aulas de clínica cirúrgica já tinha assistido aulas de uns veteranos e não via a hora de chegar! Eu já tinha achado legal quando vi eles operando ratinhos. Na minha faculdade treinávamos primeiro em ratos, e depois em porcos, que é bem parecido com o humano. O porco é um animal grande, então... Não é algo delicado.

Durante o curso inteiro tudo o que tinha de cirurgia me interessava. Fiquei um ano fazendo monitoria, ajudando, sendo monitor da classe... Fiz uma iniciação científica também, que tinha uma parte de homeopatia... Fazíamos experimentos em ratos, com uma parte cirúrgica para avaliar, em que pegávamos o estômago para ver se ele desenvolvia alguma doença ou não com os testes que a gente fazia com os medicamentos homeopáticos. Tinha uma coisa de cirurgia apesar de ser homeopatia.

Achei interessante a homeopatia, mas é muito assim... Não é muito exata. Foi ficando contraditório dizer que eu era cirurgião e homeopata... Acabou que aquilo ficou um pouco solto e eu não quis mais saber desta parte. Fiquei com a cirurgia mesmo.

Depois que acabei a faculdade voltei para São Paulo e comecei a trabalhar em Pronto-Socorro. Fiquei um ano aqui trabalhando e estudando para prestar o concurso para entrar na residência. Passei e fui morar em Mogi das Cruzes. Fiquei dois anos lá fazendo cirurgia geral, e quando saí fui direto para Santos, fazer especialização em vascular.

Em Mogi fiz a residência em um hospital de médio porte que tem lá. O Hospital das Clínicas de Mogi, que é administrado pela SPDM. Quando eu procurei a residência eu já estava procurando um lugar que tivesse o perfil que eu queria. Queria fazer Emergência. De trauma. Queria fazer residência em um lugar que fosse porta aberta. Que recebesse acidentados, qualquer coisa... Queria esse dia a dia.

Eu tinha a intenção de um dia voltar para São Paulo e aqui é aquele caos! Se você for trabalhar em algum lugar com cirurgia tem que ter mão para tudo. Queria fazer residência em um lugar em que pudesse aprender isso. E lá era o lugar. Pegava toda aquela região, acidentes de estrada... Tínhamos muito fluxo de acidentados. E é uma região muito violenta, então tem atingidos por tiro, faca... A gente recebia muito.

Eu já me interessei mesmo logo de início por cirurgia que tivesse trauma. Que envolvesse acidentes, baleados. Emergência. Esta parte com mais adrenalina.

Quando eu dava plantão como clínico eu gostava de ficar na Emergência. Não gostava de consultório. Gostava de Emergência, onde chegavam as coisas mais interessantes, mais complexas.

De Mogi eu fui para Santos. Morei dois anos no Guarujá e fiz na Santa Casa de Santos a residência de vascular. Quis vascular porque na época da faculdade eu acompanhava uma professora minha que deixava bastante os alunos entrarem em campo e fazer as coisas. Eu tive a oportunidade de fazer, de ajudá-la em cirurgia... Fazíamos só varizes, mas foi a porta de entrada para eu me interessar.

Na Santa Casa era aquele sistema de Santa Casa... Como aqui em São Paulo. As mesmas dificuldades de recursos, o mesmo desvio das verbas. Aquele problema endêmico da Santa Casa.

Mas a vascular inclui muitas coisas... Além de varizes, que são o dia a dia do vascular, envolve cirurgias complexas como de aneurismas de barriga, de membros. Tem a parte de trauma, como acidentes em que se perde a vascularização do membro e tem que revascularizar. Tem urgências quando entope uma artéria de repente. As embolias. A parte de feridas, como pé diabético. É uma área bem extensa. E tem a parte estética que é a parte de varizes e aplicação de vasinhas. Tem a parte de ultrassom, se você quiser ficar mais tranquilo. Tem a parte de hemodinâmica intervencionista.

Eu ainda faço um pouquinho de tudo. Faço varizes porque é o que mais aparece no dia a dia: 80% do consultório é de varizes. E tem a parte de arterial. Eu gosto muito de trabalhar com pé diabético, com as feridas. Gosto de cuidar disto.

Ultrassom eu fiz o curso, mas não dei continuidade e perdi o interesse. Não é uma coisa que eu queira fazer. Ultrassom é muito tranquilo. Acho que não gosto de uma coisa tão tranquila.

Eu dei plantão pela primeira vez já como cirurgião geral lá no Hospital Municipal da Praia Grande. Foi o meu primeiro trabalho como cirurgião geral. Era bem precário. Todas as limitações em relação aos exames... Bem público mesmo! Eu fazia porta. Lá tinha muitos acidentes. Era violento demais! O que a gente pegava de esfaqueado, baleado, era uma coisa absurda. Mais do que aqui.

Eu gostava daquilo. Quis um plantão com aquela característica, porque queria contato com a cirurgia geral, com porta. Chegava de tudo. Igualzinho aqui. Você fica desanimado, porque são os mesmos problemas de todo lugar. A falta de estrutura, de recursos... E parece que às vezes você até tem a possibilidade de melhorar o negócio. Tem a possibilidade, mas não tem interesse da parte de cima... Essa coisa de fazer o negócio funcionar. Não sei porque... Se isso gastaria mais dinheiro que eles querem economizar para... Ou se não é interessante aumentar o volume, porque a partir do momento em que você implanta uma coisa boa aquilo vira mais referência ainda numa região que não tem nada... Isto deixava aquela angústia de precisar fazer alguma coisa... Falta de respirador, por exemplo... Você não tinha mais onde colocar o paciente! Tinha que começar a dar jeitinho... Essa falta em geral...

E um dos principais problemas que a gente tem é a falta de capacitação das pessoas que estão trabalhando na área. De todas as funções envolvidas. Mas o que me deixa mais assim é a parte médica... Todo mundo é passível de cometer erro, mas tem umas coisas que você vê que é falta de conhecimento básico! Alguns colegas não têm noção do que estão fazendo, ou não tem vontade, interesse. “Ah! Deixa que o outro faz.”

Os médicos de algumas unidades viraram “triadores” e não resolvem o problema das pessoas. Isto complica depois para o hospital. Recebemos muita gente de outros lugares. Daí sobrecarrega e você não tem resolutividade com coisas que precisam de uma atenção maior. Estas coisas que precisam MESMO estar dentro do hospital. E tem muitas coisas que poderiam ser resolvidas com um exame físico mais decente, com mais tempo com o paciente... Não precisava ficar



mandando o pessoal pra cá. Isto gera um custo absurdo, porque você pega uma ambulância, desloca até aqui, só pra deixar ele aqui e o médico dizer: “Você não tem nada. Toma este remédio e vai bem”. É um gasto absurdo! E abarrota o serviço! Com uma grande dificuldade para o paciente, porque é um pessoal que às vezes não tem como voltar para o lugar de onde veio.

Às vezes seguro um pouco a pessoa, pergunto se tem como voltar, porque se você vê que veio uma coisa que é meio besteira você já segura, examina, e se realmente não precisar de mais nada, manda de volta com a ambulância. Manda pelo menos de volta para a região; para mais perto de casa. Isto é a coisa que mais está me frustrando ultimamente.

Não digo que estou desanimado, mas se tem uma coisa que pode levar ao desânimo seria isso. Esta falta de comprometimento de fazer o negócio andar direitinho, cada um fazendo a sua parte.

Porque mesmo com as limitações dá pra andar melhor!

Estes colegas que não se interessam estão nos dois extremos: muito jovens ou já no final da carreira. Nestas pontas é que há menos comprometimento.

O mais jovem talvez pela falta de conhecimento. Estão entrando com pouco conhecimento. De coisas básicas eles não têm noção. Não têm noção e não têm nem interesse... Você começa a pegar o nome dos médicos e são sempre os mesmos. Você vê as mesmas coisas. Não resolvem os mesmos problemas. E aquilo não muda.

E os mais antigos parecem... “Ah!... Não vou fazer...” E encaminha pra lá, encaminha pra cá... Qualquer coisa eles sabem que têm cirurgião no Hospital, que a gente é referência e não pode negar, então põem na ambulância e mandam pra cá.

No outro hospital era um pouquinho diferente. A gente ainda segurava um pouco mais. O paciente vinha, a gente discutia por telefone com o colega, fazia o médico ligar, discutir o caso por telefone... Ele mandava, a gente avaliava e se era besteira mandava voltar.

Aqui vem e às vezes você não consegue nem falar com o médico. Eles mandam, não discutem caso nenhum. O paciente chega aqui, você olha – é uma

diarreia –, dá uma medicação e manda embora. Você tem que engolir tudo o que vem. Isso, não sei, poderia mudar. Mas não... Pra mim dá uma ansiedade, para a equipe, para o Hospital. Porque sobrecarrega. O paciente espera duas horas pra ser atendido quando está muito cheio. Várias vezes acontece de você atender e o paciente diz: “É só isto? Esperei duas horas pra isto?!” – “Mas o seu problema era só este”. O médico lá poderia ter feito a mesma coisa que fiz aqui! Não precisava de um cirurgião.

No outro Hospital em que trabalhei tive um problema grande com um médico e quase saí do plantão por causa disto. Porque não estava de acordo com a conduta. E não é que fosse uma conduta diferente, era uma conduta totalmente errada e que prejudicava o paciente. Eu não concordava com aquilo. Então vi que aquilo não era falta de conhecimento. Era mais uma preguiça do que só falta de conhecimento. Aquilo despertou mais a minha bronca. E eu era responsável junto com ele pelo plantão. Então se acontecesse alguma coisa com o paciente eu era responsável também.

Quando você chega e se depara com isso é muito limitador! Porque eu não sei se todas as áreas são assim, mas pelo menos a gente na residência da cirurgia geral é criado assim. A gente tem uma hierarquia muito forte. Respeita a orientação do mais velho. Daí quando você percebe que o mais velho às vezes não quer mais fazer nada... Aquilo de você respeitar e ele não querer fazer nada... Automaticamente você fica limitado. Começa o conflito.

Nestas relações a gente vai dando toques: E se a gente fizesse isto... É como induzir uma pessoa a tentar enxergar o que você está enxergando. Porque ela não quer enxergar, ou não está enxergando mesmo. Para não ficar uma coisa muito agressiva de querer me impor eu falo: Mas não... Vamos fazer assim... Então, depois de um tempo que você vai fazendo, e a pessoa vai vendo que dá certo, que era um caminho correto, e começa a criar confiança em você. Quando o outro confia no seu trabalho, em você, já é mais fácil dar a sua opinião. Daí quando acontece alguma coisa você não precisa fazer todo um rodeio. A equipe toda, não só o médico, aceita mais a sua opinião. Do contrário, quando alguns médicos, enfermeiros, falam alguma coisa, o pessoal vira pra lá e entra por um ouvido e sai pelo outro. O pessoal já sabe que não resolve nada, então deixam quieto. Mas acho que é com a

confiança que você vai despertando no outro. Educando. Começa a ter mais liberdade para falar. Isto com o tempo, com um pouco mais de intimidade... Vai ficando mais tranquilo para falar... As coisas não soam agressivas...

Eu sou meio estressado no trabalho. Até mesmo pelo calor do negócio. Mas com a equipe geralmente não tenho problema. É com um ou outro específico. As pessoas às vezes são limitadas mesmo, e não tem o que você fazer. Não adianta nada.

Os pacientes têm um perfil variado. Tem desde aquele que melhora rapidamente com o atendimento, e é tranquilo, até o pessoal de baixa escolaridade, com limitação social, que não entende o que você fala e já quer fazer barraco. Que quer, por exemplo, que você faça tal coisa. Quer impor algo que não precisa, como pedir exame. Ele quer que você peça, e às vezes nem tem necessidade, mas ele acha que só vai ser tratado deste jeito. Ele não consegue entender como a gente chega num diagnóstico. Ele acha que só o exame vai dar o diagnóstico. É difícil lidar com estes pacientes...

E com os drogados, alcóolatrás, também é difícil de lidar. Com os mais agressivos. E no serviço público com frequência são essas pessoas que chegam, né?

O grau de ameaça no serviço privado é menor.

Lá na Praia Grande era assim também. Acho que é do serviço público. Porque o acesso que estas pessoas têm é ao serviço público. Até o controle das coisas no hospital particular é melhor. A segurança, tudo... No hospital público você fica mais exposto. Se quiser entrar aqui alguém entra, bate em todo mundo...

Já tive um conflito grande com uma pessoa alterada com drogas que quebrou a porta e queria bater em todo mundo, na enfermagem. Eu tento acalmar tudo, mas quando eu vejo que a coisa vai esquentar, eu já chamo o segurança e falo que pode chamar a polícia. Para não me expor muito...

Esta parte suga, né? Despende muita energia. Quando acontecem estas coisas no plantão você sai pesado. Pode não ter trabalhado tanto, mas aquilo te deu muito trabalho. Você sai cansado, pesado.

Mas eu gosto sim de trabalhar em hospital público, porque esse perfil de trabalho você só acha em serviço público. Este serviço de porta. A primeira porta é o serviço público, né? A não ser quando é coisa leve o SAMU acaba levando para um hospital de convênio. Mas grandes acidentes vão para o serviço público. Então esse tipo de atendimento que gosto de fazer só vou achar no serviço público.

No hospital particular o máximo que você encontra é um cirurgião de plantão que fica de sobreaviso. Eu trabalhei também assim. Chegava algum paciente para cirurgia, você diagnosticava, e se tivesse que operar você ligava para o pessoal da retaguarda e eles tinham uma clínica cirúrgica. Você não operava nada. Fazia no máximo uma sutura e tudo o que tinha pra operar você chamava o pessoal da retaguarda.

Eu no momento estou com consultório e mais dois hospitais particulares. Só aqui trabalho como cirurgião geral, nos outros sou vascular. Só aqui mantive este vínculo para não perder a mão, porque gosto deste tipo de perfil de atendimento, mas não é isso que quero fazer da minha carreira.

Quero sempre manter o serviço público, porque não vou conseguir pegar estas coisas, ter esse serviço com cirurgia geral. Eu gosto. Mas não quero ocupar a maior parte do meu tempo com isto. Quero que isto seja um pouquinho, mas não quero que isto seja minha rotina diária. Quero me ocupar mesmo com cirurgia vascular. O que tenho aqui é suficiente para suprir esta parte de contato com a cirurgia geral.

Trabalho muito. Tenho o projeto de diminuir um pouco. Ficar a vida inteira trabalhando deste jeito não dá não. Mas como eu vim para São Paulo depois que me formei eu não tinha contato nenhum, não conhecia ninguém, fui pegando todas as oportunidades. Muita coisa eu já descartei, então ainda estou na fase de me estabelecer. Daqui a alguns anos, quando estiver com coisas que valem mais à pena que outras, vou deixar algumas que dão muito trabalho, e menos recompensa. Está tudo muito no começo.

Eu ainda me lembro bem do meu primeiro dia na Praia Grande... Eu me lembro bem. Peguei um senhor que foi assaltado na praia e tomou 3 tiros. Foi meu primeiro plantão. Eu cheguei no plantão, ele chegou. Lá entrei no lugar de um colega

que não podia fazer plantão naquele dia. Ele falou: Ah! Vai fazer o plantão lá! Você está querendo trabalhar... É bom que o pessoal vai te conhecendo... Eu cheguei e já foi aquela desgraça toda. Aquilo me marcou muito! Aquela situação da família que vai passar férias, um final de semana, e acaba o sujeito sendo baleado. Você vê a família toda desesperada. Era um senhor de uns 50 anos, com família, filhos. Ele ficou bem. Foi uma cirurgia grande, grave, mas ficou bem. Na semana seguinte eu fui visitar ele no quarto pra ver. Eu não passo visita, mas quando eu opero gosto de ir ver depois. O paciente estava bem, e é legal ver a gratidão da família porque ele estava vivo. Sabendo que ele chegou e dificilmente sobreviveria. Essa parte é legal. Quando o paciente reconhece... Tantas horas de cirurgia, é cansativo, mas você fica com aquela sensação: Poxa! Um pai de família! Depois você vê que ele voltou. Você vê a felicidade da família. Essa é a parte gratificante.

Aqui, me lembro também, teve uma senhora que chegou com pé diabético – eu acabo fazendo muito a parte de vascular. Algumas coisas nem seriam pra ser feitas aqui, mas acabamos fazendo, porque até transferir o quadro se agrava. Não dá pra ficar esperando dois, três dias. Esta senhora chegou com uma lesãozinha no dedo. Parecia que era só uma lesãozinha no dedo... No dia em que cheguei à noite e vi ela falei: Não. Vamos para o centro cirúrgico agora. A infecção estava subindo pela perna e ela ia perder a perna. Aí operei... O risco era grande. Ficou internada mais de um mês. Todo mundo achando que ela ia perder a perna, perder a perna... A gente foi cuidando... E ela ficou bem.

Ela ficou passando uma vez por semana depois que teve alta. Depois uma vez por mês... Conseguimos salvar tudo. Isto dela voltar para acompanharmos é porque a gente estava na cirurgia. A gente acompanhou a evolução. Sabe do quadro. E até o paciente conseguir voltar na rede termina perdendo todo o trabalho. Geralmente eu acabo acompanhando, fazendo limpeza. Peço para eles virem ao Pronto-Socorro no dia em que estou para dar uma olhada. Até estabilizar. Enquanto ainda tem risco. Gosto de acompanhar.

Meu pai no começo quando comecei a fazer cursinho era meio contra. Não entendia porque, já que minha irmã saiu da escola e foi fazer faculdade. Eu saí da escola e fiquei em casa estudando e fazendo cursinho. Ninguém entendia esta história de cursinho. Não sabia para o que servia. Achavam que eu estava na hora

de trabalhar. Meus pais trabalharam muito novos. Minha mãe com 13, 14 anos já trabalhava. Meu pai também. Eles ficaram meio assim. Eles não entendiam. Está estudando pra quê? Eu ia para o cursinho todo dia. Estudava todo dia. Daí eu prestei vestibular não passei. Ele não tinha noção da dificuldade. Até que ele começou a ter contato com outros amigos dele, que os filhos saíram do colégio e iam fazer medicina, começou a descobrir que um estava fazendo cursinho há 3 anos, outro há mais. Começou a aceitar. Na hora em que eu passei na faculdade foi aquela alegria, aquele orgulho. Filho médico. Primeiro da família. Até hoje ficam super cheios. Minha irmã até brinca: Ah! Ele é o orgulho, né?!

Minha avó falava: Ah! O meu neto é médico!

Agora eles sabem que eu trabalho pra caramba e valorizam muito. Eles viram que foi pesado, trabalho muito, não paro em casa.



As narrativas apresentadas no capítulo Resultados dessa dissertação mostraram-se extremamente reveladoras. As vivências compartilhadas pelos colaboradores abriram um vasto campo de possibilidades para a compreensão da sua experiência de trabalho em instituições públicas de saúde, incluindo os enigmas e contradições que envolvem a prática do cuidado nesse contexto.

Após o processo de imersão/cristalização (que foi definido como técnica para interpretação e compreensão do texto), possibilitaram a identificação de muitos subtemas, que foram se organizando em temas maiores, que serão apresentados e discutidos a seguir.

## 5.1 Solidariedade

O inferno não são os outros, pequena Halla. Eles são o paraíso, porque um homem sozinho é apenas um animal. A humanidade começa nos que te rodeiam, e não exatamente em ti.  
Ser-se pessoa implica a tua mãe, as nossas pessoas, um desconhecido ou a sua expectativa. Sem ninguém no presente nem no futuro, o indivíduo pensa tão sem razão quanto pensam os peixes. Dura pelo engenho que tiver e parece como um atributo indiferenciado do planeta. Perece como uma coisa qualquer.  
(Valter Hugo Mãe)

A temática da solidariedade perpassa todas as narrativas produzidas pelos colaboradores dessa pesquisa. Evidencia-se no relato das suas ações de cuidado – momentos em que se abrem a uma escuta sensível do outro, reconhecendo suas necessidades, seu sofrimento, e empenhando-se para dar solução às suas demandas. Emerge também na relação com os demais trabalhadores, com os quais estabelecem boas parcerias de trabalho, ensinam, aprendem e apoiam-se mutuamente nos momentos de dificuldade.

No âmbito das relações de trabalho, a solidariedade mantém o ânimo, conforta nos momentos de sofrimento e possibilita, pelo compartilhamento de descobertas e soluções, a experiência de uma prática em saúde que traz prazer e realização, em um cotidiano que impõe desafios e submete estes profissionais a sofrimentos que são vastamente descritos.



Helena, enfermeira, que, em alguns momentos, “perde o entusiasmo”, “perde a vontade de vir trabalhar”, garante, quando pensa no que a sustentou nos momentos de abatimento, que “o que valem são as relações”, “a possibilidade de compartilhar as suas experiências”, a convivência com colegas que, como ela, têm a “mesma visão de respeito”.

As assistentes sociais, que reconhecem a exigência emocional do seu trabalho e as dificuldades encontradas no seu cotidiano relatam, de forma unânime, o valor de estarem inseridas em uma equipe integrada. Dora refere que o grupo “está conseguindo fazer um serviço social prestativo, comprometido com a população usuária em busca de seus direitos”. Afirma que “vão atrás”, “dão orientação”, “buscam recursos”, trabalhando “voltadas para a melhoria do serviço”. Assegura que a experiência de realizarem esse trabalho em uma equipe “comprometida”, que “deu afinidade”, é o que “motiva”. Maria confirma: “Não se faz nada sozinho”.

No grupo das assistentes sociais, temos uma das poucas referências a uma atitude solidária, de reconhecimento do outro, por parte de uma chefia:

Outro dia teve uma situação de uma família que chorava muito, porque o pai tinha morrido. Eu tinha perdido minha mãe recentemente e vi que aquele atendimento não dava para mim, porque naquele momento eu estava frágil. Nem precisei falar. Minha coordenadora já cuidou de outra colega assumir o atendimento. Não dava para mim... (Maria)

A teorização desenvolvida por Christophe Dejours, que dá à solidariedade no espaço do trabalho um lugar central, enquanto condição para que se sustente um trabalho vivo no âmbito das organizações, vem claramente ao encontro das experiências relatadas. De acordo com o autor, o trabalho vivo não se mantém pelo engajamento individual na produção de uma obra, mas inclui, inexoravelmente, uma complexa rede de relações, cujo elo é a capacidade de solidarizar-se com o outro.

Nas narrativas apresentadas, destaca-se o processo referido pelo autor, sendo possível observar, especialmente nos relatos das assistentes sociais, dos quais apresentamos alguns recortes acima, a percepção de que o seu trabalho se

sustenta na experiência de uma obra comum - “o nosso trabalho”. Ou seja, é no espaço coletivo que a inteligência, a habilidade e a engenhosidade atualizam-se como contribuição ao grupo social a que se destina o trabalho que realizam.

A satisfação pessoal e o prazer que cada uma experimenta com o resultado do seu trabalho, e que lhes permite sustentar um sentido para a sua prática em saúde, vincula-se, portanto, estreitamente, à percepção de labutarem em uma obra comum. É possível considerar, com Dejourns (2012), que o entusiasmo presente na experiência do trabalho vivo supõe o acesso a uma significação compartilhada da produção de um serviço ou de um bem.

No que se refere ao valor da solidariedade como proteção nas situações de sofrimento, cabe remeter-nos às considerações do autor de que a preservação da saúde mental não depende apenas do talento de cada indivíduo para proteger-se, mas passa por uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores, para que se defendam do sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho.

Valentina, enfermeira, com pouco tempo de trabalho na Unidade, foi transferida para o Pronto-Socorro Infantil, apesar de reafirmar para a sua chefia que não tinha nenhuma habilidade para trabalhar nessa área. Em sua fala, ressalta a importância que teve para si a solidariedade dos colegas de trabalho em um momento de sofrimento intenso:

Eu estava tensa! Nem conhecia os funcionários do PSI! Daí uma colega me disse que ia conversar com uma auxiliar que trabalhava lá há muitos anos e que ela ia me receber. Eu fui muito bem recebida! As meninas têm uma técnica, uma habilidade! Nossa! (...) No estágio eu mal conseguia verificar o pulso de uma criança, porque ela começava a chorar, eu já ficava com aquela cara de apavorada, e ela chorava mais ainda. Tinha medo de puncionar a veia de uma criança. Pelo amor de Deus! Aí elas foram me ajudando. “Não se preocupe, aqui é um dos melhores lugares para se trabalhar”, diziam. Pronto! Foi maravilhoso! Aprendi muito!

(...) Uma das auxiliares falou que eu fizesse nela a punção, e foi me indicando onde eu estava errando: “Inclina um pouquinho... Não aperta aqui...”. Fiz, e com isto destravei uns medos. E foi a alegria de ter conseguido passar por aquele momento... (...) Criança ainda tenho dificuldade, mas o medo, o pavor, passou. Consegui vencer.

A expressão de solidariedade entre os profissionais de diferentes categorias não foi frequente nas narrativas, sendo excepcional o relato de Clara, médica, quanto ao valor dado à equipe de enfermagem, que a “ajuda muito” e que é seu “*feedback*”.

Dora, assistente social, refere-se à posição assumida pelos médicos, que têm “postura de autoridade” e não veem as assistentes sociais “com tanta importância”. “Com alguns a gente sabe que pode ter uma troca, que nos escutam, com outros não”. Com os profissionais de outra categoria, especialmente da enfermagem, percebe também que “não é muito integrado” e que “ficam um pouco na defensiva”.

As enfermeiras, por sua vez, fazem referência à relação com a equipe médica, remetendo-se a algumas situações em que realizam um trabalho conjunto e apoiam-se mutuamente. Luiza menciona a parceria com um profissional médico – “muito bom médico, muito empenhado também” – no cuidado a um paciente acompanhado por muito tempo na Unidade.

No entanto, surgem relatos como o de Helena, que menciona a situação em que, preocupada com o quadro clínico de uma criança, procura primeiro pelo cirurgião e, posteriormente, pelo pediatra, sem que fosse escutada e se dispusessem a auxiliá-la: “Quer dizer que a minha conduta de observação não tinha valor?”

Destaca-se, na fala dos colaboradores, ao mencionarem as situações em que experimentaram a solidariedade dos colegas de trabalho, a disponibilidade que tiveram, nesses momentos, para exporem a sua vulnerabilidade e a necessidade da ajuda do outro.

Ao ser transferida para o Pronto-Socorro, Valentina amedronta-se, pois tinha dificuldade para puncionar acessos, com receio de machucar os pacientes. Porém, ao revelar a sua limitação, encontra o acolhimento que necessitava: “Mas sempre tive humildade... Então dizia: - Vou trabalhar aqui, mas nunca fui auxiliar, vou ter dificuldade. É o meu primeiro trabalho como enfermeira, mas estou disposta a aprender. Isso me ajudou, as pessoas se abriram...(...)”.

Clara, médica, reconhece que não tem um conhecimento absoluto, e precisa do outro para ter um bom resultado com o seu trabalho:

Quem me ajuda muito aqui, em quem eu confio 100% é o pessoal da enfermagem. É impressionante! Elas são ótimas! Elas têm uma visão impressionante. Você confia de olho fechado. Eu me lembro que a Nicole estava no isolamento, e parecia que ela só tinha diarreia. Então uma das auxiliares falou pra mim: Doutora, aquela lá... Quando elas falam isso eu já saio correndo para ver o paciente, porque realmente deve estar grave! Eu cheguei lá e ela estava praticamente chocada, muito mal. A mãe dela até hoje me manda fotos, mensagens. A Nicole está para fazer 4 anos.

Chamou atenção ainda, no que diz respeito ao reconhecimento da própria vulnerabilidade e da necessidade da ajuda do outro para superar as dificuldades que se apresentam, que essa experiência marca, para grande parte dos colaboradores, não apenas as suas vivências no contexto do trabalho, mas são relevantes ao longo de toda a sua trajetória.

Muitos deles são migrantes ou filhos de migrantes – Maria, Luiza, Valentina, Manuela, Marta –, tendo a sua história atravessada por muitas adversidades: as condições de vida difíceis da sua família na terra natal, as separações precoces dos seus familiares, a ruptura com a cultura de origem, a experiência de confrontarem-se com limitações e preconceitos em sua nova situação de vida e os inúmeros desafios até que conseguissem se estabelecer.

Em outras narrativas – nas histórias contadas por Dora, Letícia, Helena e Clara –, surgem vivências de perdas significativas, rompimento de laços e enfrentamento de condições de vida precárias, que impuseram o confronto com a imprevisibilidade e fragilidade da vida e deixaram marcas de um sofrimento profundo.

Em seus relatos, essas experiências foram reveladas sem constrangimentos ou meias palavras, as emoções suscitadas foram expostas e revividas e, reiteradamente, vieram acompanhadas do reconhecimento do quanto necessitaram de ajuda para superar essas adversidades.

Conforme afirma Birman (2000), o tema da solidariedade põe em destaque a problemática da fraternidade, enquanto uma modalidade específica de produção/manifestação do laço social, que pressupõe, acima de tudo, o

reconhecimento da sua incompletude e precariedade. Sustentando que a autossuficiência é uma formação ilusória poderosa, que se encontra sempre presente no imaginário, o autor refere que, tanto a disposição para aceitarmos a ajuda do outro – buscando nele o que nos falta ou o que não sabemos –, quanto a condição para estarmos atentos às suas necessidades pressupõem esse reconhecimento. “A fraternidade implica a igualdade dos sujeitos na cena do mundo fundada na precariedade” (p. 186).

Nas narrativas é unânime a expressão da solidariedade na relação com aqueles de quem cuidam no seu cotidiano de trabalho, sendo notório que os atos solidários compõem de forma inelutável esse cuidado. De modo geral, mais do que fazerem referência à qualidade técnica do seu trabalho, ressaltam que “o que vale é a palavra na hora certa”, “é se colocar no lugar do outro”, “escutar as suas histórias”, “orientar”, “ensinar”, com atenção e disponibilidade.

Manuela, enfermeira, afirma:

Eu comecei a perceber que eles procuravam a gente nem sempre porque a doença era grave, mas porque queriam desabafar. Saíam bem depois disso... Com uma simples conversa, com uma orientação, saíam felizes e depois voltavam para agradecer. Isto me encantou e encanta! Você poder ajudar as pessoas da melhor maneira... Às vezes é tão simples... Isso é muito bom. Um retorno maravilhoso. Não é fazendo grandes coisas, com grandes estratégias, executando ações que você vai ser reconhecido depois (...) (Manuela).

Levando em conta que a especificidade do trabalho em saúde (ou o que constitui a sua essência, se assim podemos considerar) é sua característica relacional/intersubjetiva e de intervenção única de um sujeito sobre o outro em suas experiências singulares de vida, prazer, dor, sofrimento e morte, a possibilidade de colocar-se solidariamente nas relações permite que esses trabalhadores realizem o que reconhecem como o fundamento do seu trabalho: “cuidar”, “ser útil”, “fazer a diferença para alguém” e “ajudar as pessoas que necessitam”. Como afirma Valentina: “Eu fiz a escolha certa de profissão. Para mim é muito bom sair de casa, mesmo cansada – fico bem cansada com essa jornada dupla –, porque saio e vou fazer uma coisa que eu gosto. Eu gosto de cuidar! Isso me satisfaz”.

O compromisso com o outro e o estabelecimento de vínculos compõem essas ações de solidariedade e, como referem muitos colaboradores, superam a mera execução das ações de trabalho prescritas.

Clara, médica, ressalta: “Eu fico ligando. Eu saio daqui e falo: - Vou desligar o botão. Não vou ligar! Mas tem paciente que eu fico ligando para a enfermagem: Gente! Como ele está? Como ele está? Passa o dia e eu ligo: - Para onde ele foi? Eu fico muito preocupada (...).”

Pedro, médico, relata uma experiência significativa de cuidado, na qual quebra protocolos para atender à necessidade singular de um paciente:

Outro dia veio um paciente que estava desempregado há muito tempo e conseguiu um emprego numa empresa de ônibus. Só que foi passar no médico do trabalho que falou que ele tinha uma hérnia inguinal: “Se você operar a gente consegue até lhe contratar, mas com uma hérnia não dá”. O paciente começou a procurar os hospitais e terminou aqui: - Doutor, pelo amor de Deus! Preciso trabalhar. Tinha mais de 50 anos. Falei: - Vamos fazer os exames e a gente opera. O pessoal reclama, porque tem que entrar em cirurgia comigo, e a porta fica sobrecarregada. E de fato não é uma cirurgia de urgência/emergência, não teria pressa... Mas o paciente está ali, precisando, não tem onde ser atendido...

Simone Weil, em sua experiência de trabalho fabril, referia-se ao valor da solidariedade em um ambiente de trabalho marcado pela dureza e o embrutecimento, afirmando que, nessas condições, um gesto de solidariedade “tem mais valor do que as mais delicadas amizades”.

Considerando-se a precariedade das instituições públicas de saúde, no que diz respeito às condições de trabalho e de atendimento aos pacientes, cabe pressupor que o valor dos atos solidários é bastante significativo nesse contexto. Como é possível perceber, a solidariedade fortalece os vínculos e rompe o isolamento nas relações, permitindo que trabalhadores e usuários insiram-se em uma rede de cuidados, na qual são reconhecidos pelos outros na sua singularidade.

Conforme refere Safrá (2004), a solidariedade enquanto princípio ético fundamental nos enraíza, possibilitando que estejamos inseridos em uma comunidade onde encontramos os “nossos iguais”, conscientes de que o outro está

irmanado a nós em meio ao mesmo destino: a condição humana. Posicionando-nos nesse encontro a partir da consideração de que compartilhamos as mesmas questões peculiares a essa condição – a necessidade do outro, a ignorância frente ao futuro, o sofrimento decorrente do viver, a solidão, a mortalidade –, podemos criar possibilidades para que habitemos um mundo “no qual a vida possa ser protegida e afirmar-se” (p. 24).

No relato dos trabalhadores evidencia-se, de modo contundente, o sofrimento em um cotidiano marcado por dilemas e contradições, que ameaçam a possibilidade de que esses laços solidários sejam preservados.

O desgaste produzido pela sobrecarga de trabalho, que restringe a possibilidade de escuta e atenção ao outro, é especialmente evidente nas falas das profissionais de enfermagem. Manuela afirma, no nosso primeiro encontro, que “precisa de tempo”.

Esse negócio da papelada ocupa muito! Não deixa tempo para uma assistência mais individualizada. (...)Tentar mudar, ajudar, acrescentar algo no conhecimento do paciente, fica mais difícil aqui. Sinto falta disso. Chega a doer. Sofro. Queria ter mais tempo. Infelizmente não dá...

(...) Mas a gente faz o que pode. Não desisto de oferecer o melhor. Às vezes essa correria deixa a gente estressada, nervosa. Mas não desisto. Foi o que eu escolhi.

Valentina, igualmente, refere-se ao excesso de trabalho que dificulta os encontros:

O trabalho dos funcionários que atendem o PS seria medicar. Agora, quando você tem 14 pacientes no corredor, e os funcionários do PS têm que medicar os pacientes que estão internados no corredor e atender a demanda que vem dos consultórios... Nos sentimos sobrecarregados! A demanda de serviço é muito grande. E os acompanhantes reclamam... Às vezes não dá mesmo para dar banho e você prioriza a medicação, não tem como. Você não consegue conversar com os pacientes! É a falta de recursos humanos que bloqueia. Você fala: - Nossa! Dou o meu melhor, mas não é suficiente.

A violência nas relações aparece como outro determinante de sofrimento no ambiente de trabalho, impondo desafios à possibilidade de criação de laços solidários. Os trabalhadores se sentem vulneráveis, expostos a ameaças, tanto na relação com os pacientes – “Se quiser entrar aqui alguém entra, bate em todo mundo...” (Lucas, médico) –, quanto na relação com os seus superiores hierárquicos: “Nesse período eu engravidei. Imagine que me colocaram de novo no Óbito Fetal e Oncologia. Falei: - Não dá! Saía de lá todo dia chorando. (...) Estava demais para mim. (...) Então eu perdi o bebê e me deram 15 dias de licença. Quando eu voltei, pensei: Não quero.” (Marta, assistente social).

A falta de comprometimento com uma prática em saúde respeitosa e de qualidade, com atendimentos realizados mecanicamente, com indiferença e descaso, aparece, especialmente, na percepção dos médicos em relação ao trabalho dos profissionais da sua categoria, como um determinante fundamental na criação de um ambiente de trabalho privado de solidariedade, o que produz sofrimento intenso para os colaboradores.

Os relatos são contundentes. Pedro refere-se ao atendimento “mal feito” pelo profissional que “não quer perder tempo”. “Se você pergunta sobre um paciente operado no plantão anterior, quem se lembra?! Não tem nome.” “Não é comigo.” “Quem se importa?”, pergunta.

Clara relata:

É difícil também quando um colega não se interessa como eu . Eu me lembro que logo que entrei, veio um bebezinho que precisava entubar. Eu trabalhava às segundas e quartas. Recebi este bebê na segunda e quando voltei na quarta ele ainda estava entubado! Um bebê pequeno, que eu tinha passado sonda para entubar, ainda estava de sonda! Sem precisar mais! Fiquei desesperada! Ninguém se preocupou. Meu Deus, fizeram “copia e cola”! Aí você fica super desestimulada nessas horas. Você fala... Você faz, faz, vai embora e não sabe se o próximo colega vai ter o mesmo empenho. Isso me machuca (Clara, médica).

Assustada e decepcionada, pergunta: “Será que acontece com todo mundo? (...) Fico com medo de ficar assim também.”



Em seu livro *A banalização da injustiça social*, Dejours (2001) tece considerações que permanecem bastante atuais, ao destacar os efeitos desse processo de precarização do trabalho. Afirma que a neutralização das práticas de solidariedade e da mobilização coletiva contra o sofrimento conta com o estabelecimento da estratégia defensiva do silêncio, da cegueira e da surdez, em que cada um preocupa-se antes de tudo em resistir, negando o sofrimento e a injustiça infligidos a outrem, e calando o seu próprio sofrimento.

Essa situação de isolamento apaga os espaços de deliberação formais e destrói a convivência, sendo possível concluir, com Dejours (2012), que as ações de solidariedade podem ser compreendidas nesse contexto, onde todos estão cada vez mais sós, como ligações de civilidade que se expressam como resistência coletiva ao que destrói a humanização no mundo do trabalho.

Cabe ressaltar que os trabalhadores reconhecem que essas condições de trabalho em que estão inseridos remetem a determinações macropolíticas, que institucionalizam a desintegração das relações no contexto do trabalho em saúde. Pedro enfatiza que “o sistema público não pensa no cidadão. Funciona para o bem próprio, do indivíduo.” É um sistema que “corrompe”. Manuela constata: “Depende da gente. A gente tenta fazer o melhor. Mas o prejuízo maior vem lá de cima. Do nível federal... De quem governa... O dinheiro vai se perdendo... Os projetos vão ficando só nos papéis... Uma coisa bem maior...”

## 5.2 O trabalho como experiência

Digo: o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.  
(João Guimarães Rosa)

Jorge Larrosa Bondía, em um artigo intitulado *Notas sobre a experiência e o saber da experiência*, define experiência como “aquilo que nos passa, nos acontece, nos toca”. Retomando a etimologia da palavra (do latim *experiri*- provar, experimentar), Bondía (2002) identifica-a como o encontro com algo que se experimenta ou se prova, compreendendo que esse encontro contém uma dimensão

de travessia e perigo, que se apresentam como vivências inseparáveis da receptividade e abertura que caracterizam o sujeito disposto a realizá-lo.

O autor encontra em Martin Heidegger (1987) uma definição de experiência que vem ao encontro da abordagem que adota:

(...) fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer. “Fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso (...) (p. 143).

O sujeito da experiência, portanto, não é o sujeito da informação, do fazer, do julgar, do poder ou do querer, mas aquele que se coloca como “território de passagem”, no qual os acontecimentos produzem afetos, inscrevem marcas e deixam vestígios, caracterizando-se não por sua atividade, mas por sua receptividade e abertura.

Nas histórias dessa pesquisa, destaca-se a disponibilidade para, ao longo da sua trajetória, deixarem-se interpelar e afetar pelo que lhes acontece, expondo-se aos perigos das “travessias” e ao que escapa à sua determinação e controle.

A história de Clara, médica, é emblemática. Quando veio trabalhar no Pronto-Socorro do hospital não havia tido experiência com Urgência/ Emergência, como também nunca havia atuado em uma instituição pública. Aceitou, contudo, “o convite” e, no dia a dia, descobriu do que era capaz: primeiro fazia e depois, surpresa, descobria que tinha uma habilidade que desconhecia. Colocou-se disponível para a experiência, “apaixonou-se” e “aprendeu muito”: “Quando vi estava abraçando a causa”. Ao longo da sua trajetória de trabalho nessa Unidade, foi profundamente afetada pelos acontecimentos, que a interpelavam e surpreendiam, sentindo-se impotente ao deparar-se com limites intransponíveis, decepcionando-se, sofrendo, indignando-se, vibrando com a recuperação das crianças que atendia e

com o valor do trabalho que realizava. “É que eu me entrego 100% nas coisas que eu faço na minha vida”.

Em evidente sintonia com a experiência relatada por Clara, Bondía (2002) afirma que o sujeito da experiência é “ex-posto”, com tudo o que isso tem de vulnerabilidade e risco. Como a experiência inclui abertura e disponibilidade, o que se descobre, inevitavelmente, ao realizá-la, é a própria fragilidade, a própria ignorância, a própria impotência, o que escapa ao nosso saber, ao nosso poder e à nossa vontade. De acordo com o autor, o sujeito da experiência

não é um sujeito que permanece sempre em pé, ereto, erguido e seguro de si; não é um sujeito que alcança aquilo que se propõe ou se apodera daquilo que quer; não é um sujeito definido por seus poderes, mas um sujeito que perde seus poderes porque precisamente aquilo de que faz experiência dele se apodera (p. 25).

Christophe Dejours, assumindo uma posição que vai ao encontro da conceituação sobre experiência proposta por Larrosa Bondía, considera que, no âmbito do trabalho, para que esse conserve as qualidades de um trabalho vivo, o indivíduo precisa ser continente às vivências dolorosas, à raiva e à decepção, ao confrontar-se tanto com as resistências advindas do exterior, quanto com as provenientes do interior de si próprio. O autor compreende que é a partir desse ponto que começa efetivamente o trabalho, visto que esse sofrimento, ao ser acolhido, converte-se na possibilidade de transformação de si mesmo e/ou do mundo.

Em seu primeiro dia de trabalho no hospital, Valentina foi escalada para trabalhar em uma clínica onde ficam internados muitos pacientes idosos. Feliz, pois “ia ser enfermeira finalmente”, vivia igualmente uma “tensão muito grande”. No final do seu plantão, um paciente, ao qual se dedicara durante todo o dia, “parou”. “Eu totalmente tensa naquele ambiente, o médico veio atender, eu pegando o carrinho de parada...”. O paciente não resistiu e morreu. Valentina sentiu-se “impotente”, achava que “podia ter feito mais”, que “dava para ter visto antes”: “Aquela frustração... Tudo muito tenso, difícil... (...)”. Profundamente afetada por esse acontecimento, deu lugar internamente às emoções suscitadas e, dois meses

depois, ao ser designada como enfermeira responsável por aquele setor, consegue assumi-lo: “Eu estava feliz, porque sempre quis trabalhar com idoso e estava fazendo isso”.

Luiza, enfermeira, depara-se com limites na sua prática de trabalho que a interpelam fortemente. Ao começar a trabalhar nesse hospital, onde havia uma sobrecarga grande de trabalho e onde as “coisas eram muito largadas”, viveu um conflito intenso, pois sempre fora bastante exigente em relação às condições em que trabalhava, e muito incisiva no sentido de mudar aquilo que não considerava adequado. Ao ser continente ao sofrimento provocado por esse descompasso entre as suas expectativas e a realidade que se apresentava, descobriu novas possibilidades de lidar com os limites impostos:

Eu resolvi isso dentro de mim pensando que eu não consigo mudar o mundo, mas que eu posso fazer aquilo que eu acho que tem que ser feito. Posso tratar o paciente como eu acho que ele merece ser tratado. Isso não quer dizer que a gente vai aceitar tudo... (...) É assim: a gente tem um limite. Algumas coisas não conseguimos mudar.

Ao remeter-se à experiência de confronto com uma realidade que impõe resistências, Christophe Dejours refere-se ao contato com os acontecimentos que são inéditos e ininteligíveis para o sujeito (DEJOURS, 2012).

Bondia (2002) propõe uma discussão que vai ao encontro do que é enunciado por Christophe Dejours, ao destacar que fazer a experiência implica em abrir-se às dimensões do desconhecido e do inusitado, que se associam, ao fim e ao cabo, às figuras do “estranho” e do “estrangeiro”, cujas características principais residem na impossibilidade de serem definidos e apreendidos *a priori*, desafiando as verdades e as certezas.

Nas narrativas apresentadas, é recorrente a disponibilidade para o encontro com o “estranho”, marcada muito frequentemente pela curiosidade em relação ao desconhecido, pelo desejo de “aprender” e pelo encantamento com o descobrimento do novo, apesar do desconforto experimentado inicialmente.

Maria, assistente social, em seu período de formação, fez um estágio na APAE e descobriu uma realidade inusitada. Passou a compreender as dificuldades dos pais para cuidarem de um filho com deficiência, deparou-se com a carência de políticas públicas na área, reconheceu os seus preconceitos e concluiu: “Foi muito apaixonante para mim trabalhar com pessoas com deficiência. Eu aprendi muito! (...)”. Mais tarde, já trabalhando na Saúde, atendeu idosos, mulheres vítimas de violência e pacientes em situação de rua, que sequer tinham documentos ou referências familiares, o que a encantou: “O hospital tem de tudo”.

Manuela, enfermeira, reconhece que o trabalho em saúde envolve encontros com pessoas muito diversas, o que coloca desafios importantes para a sua prática de cuidado. “Lidar com pessoas é sensível”. Ressalta que é “preciso estar preparada para tudo” e que “cada momento é diferente”. “Cada pessoa é diferente, tem seus hábitos, suas crenças...” É preciso “descobrir a língua do outro”. Destaca que os pacientes aprendem nesse encontro, assim como ela: “Isto é o que cansa, e é o que deixa a gente se sentir feliz até! Se fossem todos iguais, todos os dias, não teria graça”.

A narrativa desses trabalhadores destaca efetivamente um desafio para o trabalho nas instituições públicas de saúde, ao qual eles respondem com a receptividade ao outro – “estranho” – e com a suspensão dos seus juízos e conceitos, para darem conta do que Marta denomina “uma realidade inversa”, ou seja, do inusitado que se apresenta no encontro.

No entanto, é notório que, muito frequentemente nesse campo de trabalho, revela-se a desconfiança, a hostilidade e o alheamento desse outro, que se apresenta como estranho por expor condições sociais, modos de vida, conhecimentos e interesses diferentes daqueles assumidos pelos profissionais de saúde. Dora refere-se ao “preconceito” e à diferença de tratamento dispensado ao morador de rua, ao etilista, ao usuário de drogas e aos idosos. Helena afirma que “ninguém põe a mão em um velhinho para examinar”.

Bondía (2002) propõe uma reflexão relevante ao afirmar que definir o sujeito da experiência por sua disponibilidade, abertura e receptividade não significa pensá-lo como incapaz de conhecimento, de compromisso ou ação. Segundo o autor, a experiência também funda uma ordem epistemológica e ética. O que ocorre é que se

trata de um saber distinto do saber científico, do saber da informação e de uma práxis distinta da técnica.

O saber da experiência não quer dizer saber coisas, tal como se sabe quando se está bem informado, pois podemos ter informação sem que nada tenha nos tocado, nada tenha nos sucedido ou acontecido. Também não se remete a um conhecimento universal e objetivo, de alguma forma impessoal, que está fora de nós, como algo de que podemos nos apropriar e a partir do qual podemos conhecer a verdade das coisas e dominá-las (BONDÍA, 2002).

O saber da experiência é o saber que se adquire no modo como alguém vai respondendo ao que lhe acontece e no modo como dá sentido a isso. É um saber finito, particular, subjetivo, relativo, contingente e pessoal. Somente tem sentido no modo como configura uma forma particular de viver, que é por sua vez uma ética (um modo de conduzir-se) e uma estética (um estilo) (BONDÍA, 2002).

No âmbito do trabalho em saúde, podemos reconhecer que temos uma inflação de conhecimentos científicos e uma abundância de artefatos técnicos, os quais, sem desconsiderarmos o seu valor, terminam por restringir a possibilidade dos trabalhadores de se apropriarem do seu saber – saber da experiência –, para darem conta do inusitado que se apresenta a cada encontro. Em um contexto no qual, tanto pela natureza mesma do trabalho em saúde, quanto pela precariedade das instituições públicas, o trabalhador depara-se continuamente com inúmeras incertezas, o valor do saber da experiência, que lhe permite orientar-se em meio aos imprevistos, é inestimável.

Valentina, enfermeira, expôs uma história contundente, na qual questionou o fato de orientar-se exclusivamente pelo saber técnico e científico: “Talvez seja a história mais difícil”. Esse senhor tinha uma alteração renal significativa. Todos os dias, ela passava visita e lhe apresentava as justificativas técnicas para a necessidade que fizesse hemodiálise. O paciente recusava categorico: “Se eu fizer hemodiálise vou morrer”. Toda a equipe – psicólogo, médico, assistente social – se envolveu no sentido de convencê-lo e, por fim, o paciente aceitou: “Já que é isso. Estava triste. (...)”. Quando Valentina retornou ao plantão seguinte, o paciente havia sido encaminhado para diálise, e morrido no dia posterior ao procedimento.

Todas as avaliações e procedimentos técnicos foram realizados corretamente, os profissionais de diversas especialidades se empenharam no sentido de conduzir o paciente a fazer o que consideravam adequado e, por fim, se depararam com um imprevisto, já antecipado pelo paciente. Valentina afirmou que aquilo a “marcou muito”, e questionou uma prática em saúde que pretende conformar a ação de cuidado segundo o saber e poder dos profissionais.

Até onde vai a vontade do paciente? Ele falava que se fosse para diálise morreria! E nós tratamos de convencê-lo. Eu fiquei pensando... Tem uma parte que a gente não sabe. Vamos com a nossa lógica, mas tem algo inexplicável. Até onde vai o nosso conhecimento? Nós achamos que sabemos o que é melhor para o paciente, mas será que sabemos?

Manuela, enfermeira, compartilhou uma experiência de trabalho na qual, ao invés de orientar-se exclusivamente pelo seu saber científico, permitiu-se responder singularmente ao que se passava na situação: “Eu me emociono muito quando lembro...”. Na Unidade em que trabalhava, chamava a sua atenção um senhor que estava há algum tempo tratando uma ferida diabética, sem sucesso. O atendimento não era feito por ela, mas ela “observava”. Um dia, resolveu acompanhar a auxiliar no procedimento, e percebeu que a ferida era mais profunda. A partir desse momento, assumiu os cuidados desse paciente e, com paciência, empenhou-se até que o paciente ficou curado. Ela preocupava-se especialmente com ele, pois sabia que dependia da cura dessa ferida para realizar uma cirurgia de catarata. “Esse caso me fez ganhar o período! Foi o auge. (...) Isso me marcou”.

Dejours (2012) refere-se a esse saber, que denomina saber da experiência, como um conhecimento que opera pela mobilização da subjetividade como um todo, e abre caminho para um saber fazer incorporado, que precede a capacidade que temos de simbolização e formalização. O autor refere que esse saber não está assentado na neutralidade, na distância e na separação, como é próprio do saber científico, e sim na unidade do indivíduo com o seu trabalho, incluindo outra lógica e outra racionalidade, diferentes da atividade racional.

Como pudemos observar nas falas de Valentina e Manuela, a abertura a esse saber, conforme refere Bondía (2002), demanda a possibilidade de que nos humanizemos, permitindo que algo nos aconteça ou nos toque, dispondo-nos a

parar para olhar, escutar, sentir, arriscando suspender o juízo, a vontade, o automatismo da ação e a cultivar a atenção e a delicadeza. Requer tempo, pois, conforme o autor, muito frequentemente os acontecimentos nos são dados na forma de choque, de sensação pura, de vivência instantânea, pontual e fragmentada, o que impede a conexão significativa entre eles e faz com que passem sem deixar vestígios.

No âmbito do trabalho em instituições públicas de saúde, pudemos perceber que os trabalhadores são atingidos cotidianamente por acontecimentos de grande intensidade afetiva, a sobrecarga, a repetição mecânica de procedimentos e a falta de momentos de parada colocam impedimentos, algumas vezes intransponíveis, para que sustentem uma abertura à experiência, e para a elaboração e atribuição de sentido ao que vivenciam.

Nesse contexto, a expectativa de que o trabalho se constitua em legítima experiência – e de que o saber por ele produzido não se remeta apenas ao “já dito” e ao “já pensado” –, está intrinsecamente associada à possibilidade desses trabalhadores abrirem-se à escuta dos usuários, levando em conta as suas experiências para definirem suas ações.

Helena, enfermeira, em um plantão no qual assume a Classificação de Risco, onde o atendimento é orientado por protocolos bem definidos, rompeu o estabelecido e escutou cuidadosamente a história de uma paciente, que lhe contou as dificuldades na relação com o marido, as brigas, a violência e que, por fim, sentindo-se atendida na sua demanda, desistiu do atendimento médico que procurava: “Eu vim para passar no médico, mas não preciso mais”.

Letícia, assistente social, afirma que “as pessoas precisam ser ouvidas, você precisa olhar para elas, entender o recado”. Referiu-se ao atendimento realizado a uma mulher vítima de violência doméstica, no qual se colocou “no seu lugar”, indignou-se, surpreendeu-se, e permitiu que essas experiências orientassem a sua conduta.

Assim como a escuta, a possibilidade de compartilharem as experiências vividas no seu cotidiano de trabalho se revela fundamental, para que possam



atribuir-lhes sentido e apropriarem-se do saber construído, ao realizarem as suas ações de cuidado.

Marta, cuja aposentadoria está próxima, reconhece que “construiu uma história”, que precisa ser contada para as assistentes sociais que começam a sua trajetória profissional. Escutar essas histórias permite que tenham conhecimento do que as antecedeu, inserindo-se em uma tradição. Ao mesmo tempo, para Marta, narrá-las dá sentido às suas experiências, permitindo que revele o seu saber – saber da experiência. “Agora estou aprendendo e ensinando. Isso me dá um ânimo! (...)”

A experiência de narrarem as suas histórias na situação das entrevistas foi igualmente significativa para os colaboradores, trazendo uma possibilidade de reflexão sobre a sua trajetória, atribuir-lhe sentido e reconhecer o seu valor.

Marta constata que “dá mesmo para parar”. Trabalhou por prazer, envolveu-se, dedicou-se e “nunca se acomodou”, sustentando um sentido para o seu trabalho ao longo de toda a trajetória. Bárbara, também próxima da aposentadoria, reconhece o seu valor, constatando que, com o seu trabalho, “foi útil” e fez muito “para a humanidade”. Dora percebe o que deixou de fazer, frustrando-se porque gostaria de ter uma trajetória profissional mais extensa, mas constata que “ainda tem tempo” e que agora pode fazer outras escolhas. Maria, assim como Valentina, emociona-se ao rever a sua trajetória, marcada por tantos desafios e experiências de superação, valorizando o que conquistaram. Helena, que vivencia tantos conflitos em relação às condições em que se dão o seu trabalho, considera o valor de ter podido “falar tudo”, “sem culpa de deixar ninguém magoado”.

Walter Benjamin, em um texto intitulado *O Narrador*, clássico para a compreensão da relação entre experiência, narrativa e sentido, inicia as suas considerações com a constatação do desaparecimento da figura do narrador e, com ela, da desaparecimento da faculdade de intercambiar experiências. Afirma que, no final da Primeira Guerra Mundial, os homens “voltavam mudos do campo de batalha, não mais ricos, e sim mais pobres em experiências comunicáveis”. Viveram a guerra, mas estavam mudos, não podiam contar nada, ou simplesmente não tinham nada para contar. Além disso, quando voltaram para casa, tudo havia mudado ao seu redor, e se encontravam em um mundo que não compreendiam: apenas “um frágil e

minúsculo corpo humano”. E continuavam mudos. Em um cenário tão devastador como incompreensível, ficavam sem palavras.

No contexto das instituições públicas de saúde, marcadas pelo emudecimento frente à contundência dos acontecimentos e pela mecanização dos encontros e das ações de cuidado que impedem a experiência, a oportunidade de narrá-la e atribuir-lhe sentido rompe o silêncio e o isolamento, e reafirma a possibilidade do reconhecimento em si e no outro do que efetivamente constitui a sua humanidade.

### 5.3 Criatividade

É da natureza do início que se comece algo novo, algo que não pode ser previsto a partir de alguma coisa que tenha ocorrido antes. (...) O novo sempre acontece à revelia da esmagadora força das leis estatísticas e de sua probabilidade que, para fins práticos e cotidianos, equivale à certeza; assim o novo sempre surge sob o disfarce do milagre.

O fato de que o hoje é capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável. E isto, por sua vez, só é possível porque cada homem é singular, de sorte que, a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo.

(Hannah Arendt)

“Eu joguei a flecha no escuro e acertei no alvo”, afirma Maria em sua narrativa, anunciando uma temática que perpassa o relato de todos os colaboradores, que, destinando-se em meio ao risco, revelam uma trajetória de vida marcada fortemente por um movimento no sentido da realização de si mesmos, que os faz sentirem-se vivos e reais, ao acertarem em um alvo que sequer podiam divisar.

Maria saiu da casa dos pais ainda criança porque tinha um “sonho”: estudar. Já em São Paulo, encantou-se com a escola – “Ah! Como eu amava a escola!” – descobrindo o seu interesse pelo conhecimento, pela poesia, pelo teatro e pelo esporte. Era o que buscava: “(...) eu vi que se tivesse ficado lá não teria isso”. No momento da escolha de uma profissão, orienta-se “inocentemente” pelo desejo de ajudar as pessoas e escolhe Serviço Social. Acerta o alvo: “Era o que eu queria fazer!”

Desde criança, Lucas brincava “com coisas de médico”. “Tinha maletinha de médico”. Na escola, interessou-se por biologia e ciências e descobriu-se curioso com o corpo humano. Não tinha médico na família, nenhum profissional da saúde e “nem gostava de estudar”, mas logo se deu conta do que fazia sentido para si: queria ser médico. Não demorou também para saber a qual especialidade queria se dedicar: “Não sei o que me chamou a atenção... Talvez aquele negócio de abrir, de cortar, de ver o corpo por dentro, o organismo funcionando. (...) Eu gostei daquilo”.

A escuta dessas narrativas nos remete à discussão proposta por Safran (2004), a respeito do conceito de criatividade na obra de Donald Woods Winnicott (1896-1971). De acordo com o autor, a criatividade, que é o cerne da abordagem winnicottiana, não se apresenta como decorrente de uma operação psíquica, mas, ao contrário, funda o psiquismo que, nessa perspectiva, é uma aquisição que se dá ao longo de todo o processo de desenvolvimento do ser. Assim, o homem constitui-se por meio do gesto, enquanto ação que, ao mesmo tempo, cria e encontra o inédito, permitindo-lhe sentir-se inteiro e participante de uma maneira singular neste mundo.

Nesse contexto, a criatividade não diz respeito à criação bem-sucedida ou aclamada de uma obra, à criação do original, mas relaciona-se, como pudemos perceber nos recortes das falas apresentados acima, a um viver criativo, que permite ao indivíduo a descoberta do “si mesmo”, do que há de mais pessoal e íntimo em si, do que o diferencia, especifica e possibilita a atribuição de sentido à sua existência.

No que se refere à sua prática de trabalho em saúde, parte indissociável desse viver criativo, os colaboradores são unânimes em evidenciar a sua participação singular e pessoal no trabalho que realizam, o que lhes permite a produção de um cuidado que, escapando à reprodução mecânica de procedimentos, os convoca subjetivamente na sua integralidade.

Manuela, enfermeira, destaca que, na sua prática de cuidados, é preciso até mesmo reinventar a forma como se comunica com o outro. Observa que não consegue fazer-se entender pelos pacientes usando a linguagem da ciência, da técnica, previamente aprendida e convencionada, mas que é preciso inovar, descobrir “a língua do outro”, descobrir “o momento de falar”, na singularidade do encontro, para que a comunicação aconteça.

Valentina, enfermeira, relata o atendimento a um paciente “bem rebelde”, em que o exercício do cuidado, mais do que a realização dos procedimentos prescritos, incluiu o que ela colocou de si naquele encontro singular. Ela procurava por ele, conversava: “Sr. Edson, tem que ter paciência!” Ele tinha personalidade difícil, isolava-se, e ela insistia na aproximação: “O senhor tem que ficar, não está bom ainda. Não está nem conseguindo respirar”. O paciente manteve-se hospitalizado pelo tempo necessário para realizar o tratamento e, posteriormente, após a alta, a pessoa que o acompanhava veio agradecer-lá, reconhecendo a qualidade especial do atendimento que lhe dispensara.

Ao teorizar sobre o que denomina “inteligência da prática do trabalho”, Christophe Dejours adota também um posicionamento teórico a respeito da criatividade, que traz contribuições significativas para essa discussão. Segundo o autor, essa forma particular de inteligência é mobilizada frente a situações inusitadas e aos imprevistos que se apresentam, fazendo-se conhecer, de um lado, pelo revés da prescritibilidade e da concepção e, por outro, pela característica inédita de um obstáculo a transpor, referindo-se à possibilidade de descobrir, inventar e criar soluções inusitadas para os impasses.

Dejours (2012) considera que é nesse hiato entre o trabalho prescrito e o efetivo – no qual o sujeito criativamente engaja as suas potencialidades e a sua história singular, transformando-se à medida que produz novas normas – que se dá a possibilidade de realização de um trabalho vivo, produtor de sentido para a sua atividade.

Nas narrativas destacam-se, com frequência, os improvisos e os manejos que adotam, para dar conta de situações marcadas pela distância entre a prescrição (regras, objetivos fixados pela organização e condições dadas para a realização do trabalho) e o que efetivamente se apresenta na sua prática cotidiana de realização de cuidados. O autor faz referência à astúcia, como uma das qualidades a que os trabalhadores recorrem para dar conta desses desafios, compreendendo-a como a possibilidade de agirem com liberdade e certa complacência em relação às normas, para conseguirem realizar o que é efetivamente o objeto do seu trabalho.

Pedro, na contramão do que é estabelecido pela Instituição, que prevê atendimentos cirúrgicos apenas em situação de urgência/emergência, decide fazer a

reconstituição da perna de uma paciente que perdeu muita pele em um acidente de moto, tendo em vista que ela não conseguiria esse atendimento em nenhum outro serviço. “Estou fazendo a plástica já tem uns dois meses. Ela está vindo... Eu trouxe de fora um material para dar cobertura de uma área que ela perdeu completamente.”

Lucas, médico, refere que, às vezes, segura um pouco o paciente, pergunta se ele tem como voltar para casa, porque se ele não tiver, e o atendimento for rápido, providencia para que retorne com a ambulância, pois ao menos volta para a sua região e fica mais perto da sua residência.

Luiza, enfermeira, destaca o atendimento realizado a uma paciente com a Síndrome de Stevens-Johnson, que havia perdido toda a pele e ficou por muito tempo na UTI. Essa não é uma especialidade do hospital, e esse tipo de cuidado não está previsto para ser realizado pelo Grupo de Curativos. Durante o tempo em que permaneceu internada, ficaram tentando sua transferência para outro hospital, referência nessa área, mas não conseguiam vaga. “Foram cuidando”. Quando ela já estava bem, surgiu a vaga. Luiza afirma: “Muitas coisas a gente faz aqui por falta de vaga nos locais de referência. Tem que fazer porque o paciente está aqui e pronto! Tem que ser feito”.

Alguns colaboradores relatam experiências ainda mais contundentes, referentes a esse processo de reinvenção para dar conta das falhas nas prescrições, destacando situações em que fazem escolhas difíceis, que envolvem risco para todos. Vivenciam frustração e sofrimento, por não encontrarem soluções efetivas em situações que muitas vezes incluem o dilema de decidir entre a vida e a morte. O relato de Valentina, enfermeira, é emblemático:

Um outro dia tivemos uma situação bem difícil. Estávamos com 6 pacientes na Emergência e a rede de oxigênio não aguenta, pois só suporta dois respiradores. Cabem, na verdade, dois pacientes na emergência e tínhamos seis! Dois já estavam no respirador, e tínhamos outros dois com respiração agônica, precisando ser entubados. O médico sem saber o que fazer! Desesperador! Vai morrer, não tem recurso! Conseguimos então levar um deles para uma outra ala, que tinha uma vaga para um paciente em ar ambiente. Ficamos como cinco. O médico da UTI conseguiu vaga para outro lá. Na Emergência conseguimos então puxar um torpedo e conectar mais um respirador. Nisso chegou um paciente trazido pelos bombeiros, já parado, sendo ambuzado, precisando de

respirador. Conseguimos conectar mais um respirador na Emergência. Mas nesse meio tempo chegaram os resultados dos exames do paciente que tinha ido para a outra ala, e ele estava com um infarto muito extenso. Tivemos que voltar com ele para a Emergência! E lá vamos nós! Até então tínhamos cinco, ele seria o sexto... Logo em seguida ele veio a óbito... Eu acredito que não suportasse, mas foi uma situação muito difícil, ficamos de mãos atadas. Você não sabe o que fazer!

Valentina refere-se a situações em que não é feita uma manutenção adequada e os próprios enfermeiros trocam os torpedos. “Se não trocarmos o paciente que está no respirador morre”. Outras vezes, faltam colchões para os pacientes colocados nas macas e eles “fazem gambiarra”: pegam cobertor, dobram, colocam um lençol por cima.

Clara relata que, com frequência, recebem crianças em um estado bastante grave, sem que sequer tenham vagas na Emergência para colocá-las. “As mães chegam já lhe entregando a criança no colo. E você não tem onde colocar! (...)”. Com uma angústia bastante evidente, destaca que eles não são médicos intensivistas, ou seja, não têm competência para atender crianças tão graves; não têm exames adequados, não têm remédios, mas que fazem o que podem, tendo, muito frequentemente, ótimos resultados com as suas ações: “Até hoje eu penso a quantidade de vidas que você salva aqui!”.

Em relação ao trabalho em saúde, fica visível que a total padronização das práticas de atenção e a repetição estrita de procedimentos é meta inatingível, em um cotidiano que exige que os trabalhadores permanentemente façam escolhas a partir da singularidade dos seus encontros com os usuários. No entanto, o que se evidencia é que, nas instituições públicas de saúde a que se referem, em função de uma dificuldade nas políticas de gestão e financiamento, os trabalhadores, no seu limite, podem ser convocados a um processo de reinvenção de normas que os fragiliza, exaure e impede o engajamento criativo da sua subjetividade na ação de cuidar.

Essa dinâmica conflituosa aparece nas situações em que os colaboradores são convocados a se colocarem criativamente para dar conta da sua prática de atenção, mas encontram restrições importantes que os incitam ao automatismo e

mecanização das ações de cuidado, em função das dificuldades criadas pelo excesso de demanda e a sobrecarga de trabalho.

Manuela, única enfermeira da clínica em que trabalha, destaca que vai aos poucos parando de inventar, de pensar e de aprender. Não consegue dar uma atenção mais cuidadosa e singular aos pacientes que atende. “Se eu tenho 10 mães, tenho 10 recém-nascidos também. (...) Tenho a rotina dessas 20 pessoas. Por isso eu falo que falta tempo!” Sente-se sufocada pelas atividades administrativas, a rotina, os papéis e a correria... “Se não prestar atenção fico burra”. Está cansada: “Nossa! Um cansaço”.

Simone Weil, ao referir-se à experiência do trabalho fabril, considera que a rotina implacável imposta pela rapidez na execução das tarefas, pela monotonia, a sobrecarga de trabalho e a falta de momentos de parada, que permitam a reflexão e a imaginação, são determinantes fundamentais da impossibilidade dos trabalhadores participarem criativamente da sua produção. Afirma que, nessas situações, impõe-se a vivência do desenraizamento: a energia do trabalhador esgota-se, sem que ele tenha posto nada de si no que realizou, e a sua percepção é de que foi desconsiderado na sua humanidade, contando apenas como “carne de trabalho” (WEIL, 1934/35).

A autora afirma que a alegria de quem trabalha é incompleta, se não há pessoas que julguem ou apreciem o valor do que foi criado. Destaca, dessa forma, a importância fundamental do reconhecimento daquilo que o trabalhador realizou e do que colocou de si nessa atividade.

Safra (2004), remetendo-se a essa discussão proposta por Simone Weil, afirma que uma das necessidades fundamentais do homem é que o seu gesto criativo seja reconhecido pelo outro e acolhido como expressão de um ser singular, considerando que, fora desse campo de reconhecimento, a pessoa se sente inexistente e indiferenciada, ficando impossibilitada de atribuir sentido a sua experiência.

Nas narrativas que compõem essa Dissertação, é notório o valor atribuído pelos colaboradores a esse reconhecimento, e o entusiasmo e sentimento de realização que acompanham essas experiências.

Maria, assistente social, relata a experiência de atendimento a um senhor, morador de rua, que chega ao hospital em situação extremamente precária: não tinha nenhum documento, havia perdido o contato com todos os familiares, e apresentava dificuldade para andar, mesmo fazendo uso de muletas. Maria empenha-se nesse atendimento, em um processo intenso de criação de soluções e busca de alternativas e, por fim, após inúmeros percalços, chega a bom termo, com o paciente sendo acolhido na sua família de origem. Ao receber a ligação do familiar, que lhe procura para dar notícias da sua chegada, Maria afirma: “Nossa! Fiquei muito feliz! Que bom! Que bom mesmo!”

Pedro sente-se gratificado ao ser reconhecido por uma criança que atendera em uma situação de extrema gravidade, na qual usara todas as suas habilidades para salvá-la. Seis meses depois de realizado esse atendimento, a menina o vê no Pronto-Socorro e fala: “É ele, é ele, não falei?!” A criança o abraça, ele chama a enfermeira e a auxiliar que estavam juntas na ocasião da cirurgia, e todos se emocionam. “Claro que é muito gratificante as pessoas reconhecerem que você fez uma cirurgia, salvou a vida de alguém, e tudo...”

Em sua obra, Christophe Dejours, assim como os autores citados anteriormente, dá um lugar central ao reconhecimento, afirmando que o trabalho não pode ser descrito como uma experiência meramente do sujeito com o seu objeto de trabalho, mas que se desdobra em um mundo humano, que inclui o campo das relações sociais: trabalha-se com e para ao outro.

Conforme a abordagem do autor, o reconhecimento de um trabalho realizado é composto por um julgamento de utilidade e um julgamento de beleza. O primeiro é outorgado pela hierarquia e traduz a utilidade social, econômica e técnica das contribuições à organização do trabalho, certificando que os objetivos fixados foram atingidos. O segundo consiste em um julgamento direcionado para a originalidade, o estilo, ou seja, para os elementos que denotam a singularidade de quem produziu aquele trabalho específico. O sucesso da dinâmica do reconhecimento repousa na possibilidade de tornar os julgamentos de beleza e de utilidade menos contraditórios e o mais congruente possível, o que não é tarefa simples (DEJOURS, 2012).

No campo do trabalho em saúde, em que a atividade realizada convoca os trabalhadores a implicarem-se intensamente nas ações de cuidado e a atuar



criativamente para dar conta do que escapa todo o tempo das prescrições, a ênfase dada exclusivamente a um julgamento da utilidade da sua produção, medida e quantificada objetivamente, termina por desconsiderar a sua participação singular e pessoal, em uma prática que os engaja subjetivamente na sua integralidade.

No relato de Pedro, fica evidente a indignação com um sistema de avaliação que coloca como residual e insignificante o investimento subjetivo no seu trabalho, o que justamente o torna vivo e pleno de sentido para si. Afirma que o “sistema vê quantidade”; se ele atender 5 pacientes com qualidade, atenção e uma escuta cuidadosa, e o outro profissional atender 20, esse último será valorizado: “Agora dá pra ver a qualidade? Não dá”. O que se passa naquele ato de cuidar não pode ser avaliado, pois o trabalho em saúde, no que ele tem de essencial, não pertence ao mundo do visível, sendo tecido silenciosa e discretamente no espaço dos encontros únicos e pessoais.

#### 5.4 Indignação e coragem

A esperança tem duas filhas: a indignação e a coragem. A indignação nos ensina a não aceitar as coisas como estão; a coragem a mudá-las.

(Santo Agostinho)

Gallian (2017), no curso intitulado *O que é próprio do Humano? A Odisseia da Humanização*, em que identifica, a partir da leitura da Odisseia, de Homero, o que constitui o ser humano como tal, compreende que a coragem é um desses atributos. Para abordar a temática da coragem, o autor remete-se a uma passagem da Odisseia em que Ulisses, aprisionado na Ilha de Ogígia, na qual se mantinha detido pela deusa Calipso, faz a escolha de retornar à Ítaca, o seu reino de origem, apesar de todos os perigos que enfrentaria nessa longa jornada e dos privilégios que perderia ao deixar a Ilha, especialmente a possibilidade de tornar-se imortal.

Para tal empreitada, a coragem constituía um atributo fundamental, podendo ser, portanto, associada à disposição do homem para mover-se de um lugar, a princípio, confortável e seguro, indo ao encontro do seu próprio destino, ou seja, buscando, conforme a máxima fundacional do pensamento grego, conhecer a si mesmo e tornar-se quem ele é (GALLIAN, 2017).

Embora a coragem esteja associada a uma convicção do que “tem que ser feito”, esta não exclui, segundo essa concepção, o medo, as dúvidas e as contradições que se apresentam ao longo da trajetória, que são próprias do humano.

Nas narrativas que compõem essa dissertação, a coragem, compreendida a partir desse referencial, marca fortemente a experiência dos colaboradores ao longo de toda a sua história, apresentando-se decisiva nas suas vivências no campo do trabalho.

Marta, deixando clara a disposição que teve ao longo de toda a vida para não se acomodar, afirma que “nunca quis amarrar o burro na sombra”. Moveu-se, orientada por um ideal: “Acredita no ser humano”, “na sua possibilidade de transformação”, e mesmo que “não consiga mudar o mundo”, “se entre dez pelo menos um se salvou já valeu a pena”. Para isso estudou, a despeito da vontade do pai; saiu de um emprego confortável e bem remunerado, porque desejava ser assistente social; e, sucessivamente, na vida profissional, faz a escolha de correr riscos, abrindo-se a novas possibilidades, quando o que está estabelecido já não faz sentido para si.

No entanto, deixa claro que o caminho não foi fácil. Em alguns momentos experimentou o medo, o sentimento de “não ser nada diante do inesperado”, a decepção, o desânimo e a dor, chegando a sentir que o desafio era grande demais para ela.

Christophe Dejours, em uma discussão que se aproxima da perspectiva adotada por Gallian (2017), afirma que a coragem não se opõe ao medo, mas o inclui, assim como integra a vacilação, a hesitação e a vulnerabilidade, visto que todo ato corajoso implica uma disposição para expor-se sem controlar os resultados. Compreende, portanto, que a coragem não implica em atos grandiosos, em que o sujeito é posto à prova pelo combate e pela sua resistência à dor e ao sofrimento. Essa concepção estaria, segundo o autor, mais próxima da ideia de virilidade, com a qual a coragem não deve confundir-se, sob a pena de ser compreendida como uma virtude que priva o homem da sua humanidade, pressupondo, em última instância, a violência contra si e contra o outro (DEJOURS, 2001).

O relato de Valentina é emblemático quando nos remetemos a uma discussão sobre essa temática, evidenciando o quanto os atos de coragem incluem sentimentos contraditórios, dentre eles o entusiasmo e a alegria que, em alguns momentos, podem advir como resultados desses atos. Avançando corajosamente pela vida, ela saiu da casa dos pais com 16 anos, por uma decisão sua, e migrou de uma cidade “bem pequena”, do interior da Bahia, para São Paulo. Foi uma situação difícil, sentiu “a dor da despedida”, mas arriscou. Os desafios foram muitos, experimentou o medo, o terror e as restrições – “Senhor! Onde estou?”. Chorou muito, mas persistiu, adaptou-se ao novo, abriu caminhos. Algumas vezes fracassou, e recomeçou. Alegrou-se com as conquistas: a festa da formatura, com a presença da família, é o dia mais feliz da sua vida. “Inexplicável!” Por fim, depois de muitos percalços, ocupou a função para a qual se preparara: “Eu ia ser enfermeira finalmente!” As dificuldades ainda são muitas, mas é “bom sair de casa mesmo cansada”, sabendo que vai fazer “o que gosta”: “Eu amo ser enfermeira! Eu gosto de cuidar. Isso me satisfaz”.

Dora também aceita corajosamente participar desse Projeto. A princípio reticente, não acreditando que pudesse contribuir, assumiu o risco de narrar a sua história, expondo as suas vulnerabilidades e reconhecendo que, em alguns momentos, fora covarde por não ter dado atenção aos seus desejos. Constatou, por fim, o valor das suas experiências, descobrindo que tem “outros sonhos” e “pode escolher o que fazer”.

Nas situações de trabalho, os colaboradores também se posicionam corajosamente, como pudemos observar na discussão dos temas anteriores, ao engajarem-se subjetivamente na sua prática de cuidado, colocando-se solidariamente nas relações; ao revelarem a sua necessidade de ajuda do outro; ao deixarem-se interpelar e afetar pelos encontros e pelo que lhes acontece e ao adotarem criativamente as suas potencialidades no trabalho que realizam, pelo qual são transformados.

Podemos considerar que se posicionam corajosamente ao manterem contato com o que moveu a sua escolha pelo trabalho em saúde, não se resignando com a situação de trabalho imposta, que favorece o embrutecimento, a indiferença, o automatismo, e a falta de comprometimento com as práticas de cuidado.

Marta, assistente social, quando atendia na Maternidade, percebe que uma das gestantes internadas estava entrando em trabalho de parto. Vai até o refeitório, onde estava o residente responsável pelo caso, e o informa da situação. Não demonstrando nenhum interesse, o profissional pergunta: “E por que você está me chamando? Eu já passei visita”. Sugere então que a enfermeira coloque um tampão. Marta indigna-se: “Você está louco? De jeito nenhum!”, e sai para tomar providências, procurando pelo médico responsável.

Pedro destaca que, apesar de toda a precariedade do serviço e da falta de comprometimento de muitos colegas de trabalho, “empenha-se”. “Infelizmente a gente fica pensando no indivíduo que vem procurar um serviço, que está muito ruim em todo país, e ele bate num hospital que não tem cirurgião, vai em outro também não tem... Você tem que fazer o melhor possível. Eu acho que você entrou para fazer isto daí. (...) Tem que atender o indivíduo”.

Essa não resignação, que aparece de forma unânime nas narrativas, associa-se, conforme Dejours (2001), à possibilidade de o sujeito indignar-se ao ser afetado pelo sofrimento do outro, considerando-o como injusto e não natural, ou seja, reconhecendo-o como produzido por uma injustiça, e não por uma fatalidade. Segundo o autor, quando o sofrimento é percebido simplesmente como uma adversidade, este não irá necessariamente provocar indignação, cólera, ou dar origem a reações individuais e coletivas diante da injustiça infligida a outrem.

As narrativas que compõem essa dissertação estão repletas de histórias que evidenciam a indignação dos colaboradores com a injustiça perpetrada aos pacientes atendidos no sistema público de saúde.

A fala de Letícia é emblemática: “A gente tem que se indignar! Que vida você vai ter, que papel você tem nesse mundo, se você não se indignar?”

Pedro, médico, destaca inúmeras situações nas quais fica intensamente indignado. Refere-se, por exemplo, a momentos em que está atendendo na Sala de Sutura e as pessoas entram sem bater: “A pessoa está sem roupa e eles não estão nem aí”. Ou à situação em que se depara com um médico recém-formado atendendo na Emergência: “Não é clínico, não tem nenhuma especialidade e

experiência para trabalhar num Pronto-Socorro e atender, por exemplo, um enfartado, um paciente grave!”

Menciona reiteradamente o descaso com que os pacientes são atendidos em outras Unidades, antes de chegarem ao hospital:

Então o paciente vem e eu pergunto: - Foi você que pôs esse pano, esse papel no ferimento? Você veio direto de casa? Não passou por outra Unidade? Ele diz:- Passei, mas não puseram a mão. Assim! Mas a obrigação mínima de um serviço que é de prestação de saúde é olhar, limpar, passar um soro, um antisséptico, cobrir com uma gaze, e não deixar o paciente sair de lá assim. Tem coisas absurdas!

Helena indigna-se com a “indiferença” e o “desleixo” nas ações de cuidado, em que “as pessoas são tratadas assim que nem animaizinhos”: “deita aí, senta aí, tira a roupa”. “O médico sentado ali... Falou alguma coisa sobre o dreno, mas não pôs a mão na criança”. O banho dado no paciente em que jogam a água “assim”: “Enche aquelas garrafinhas de água”, furam e “esguicham no paciente”. “Eu acho o fim!”

Mais uma vez, recorremos às considerações de Christophe Dejours sobre a tolerância da maioria dos cidadãos às injustiças sociais e ao sofrimento infligido a outrem, para ampliarmos a discussão sobre aquilo a que se opõem os colaboradores dessa pesquisa no seu cotidiano de trabalho.

O autor retoma o debate proposto por Hannah Arendt sobre a banalidade do mal, para dar-lhe outra conotação, considerando que, antes do problema da banalidade do mal, é preciso colocar o da banalização do mal, isto é, do processo graças ao qual um comportamento excepcional, habitualmente reprimido pela ação da maioria, pode erigir-se em norma de conduta ou mesmo em valor. Tal tolerância, conforme Dejours (2001), não resultaria apenas da resignação dos indivíduos, ou de um sentimento de impotência diante dos processos que os transcendem ou são inevitáveis, mas também como uma defesa contra a consciência dolorosa da sua própria cumplicidade e responsabilidade no agravamento da adversidade social.

Numa linha de discussão análoga, Jurandir Freire Costa traz uma contribuição significativa ao afirmar que, ao contrário do ódio, da rivalidade ou do temor diante de

um adversário que representa ameaça, instala-se na sociedade contemporânea uma espécie de alheamento, que consiste numa atitude de distanciamento, em que a hostilidade é substituída pela desqualificação do sujeito. Esse tipo de conduta corresponderia, segundo o autor, a um estado psíquico em que a impiedade não é percebida como tal, e no qual o outro não é reconhecido como um agente autônomo e alguém que deva ser respeitado em sua integridade física e moral. Como observa o autor, “ao contrário da crueldade inspirada na rivalidade ameaçadora, real ou imaginária, a indiferença anula quase totalmente o outro na sua humanidade” (COSTA, 2000, p. 80).

O trabalho em saúde, como observamos nos recortes das histórias acima, e em trechos citados na discussão de outros temas, apresenta-se como espaço privilegiado de manifestação desse intenso processo de alheamento do outro e de banalização do mal, que tem marcado nossa sociedade. A posição assumida pelos colaboradores, de corajosamente manterem a condição de serem afetados pelo sofrimento daqueles de quem cuidam e indignarem-se com a condição de invisibilidade que os priva da sua humanidade, agindo a fim de provocar transformações nesse contexto, é de um valor inestimável. Em uma situação de trabalho no qual enfrentam grandes adversidades, e no qual são convidados cotidianamente à inércia e à acomodação – “Um deixa assim mesmo”, como afirma Pedro –, esse movimento de não resignação sustenta uma vitalidade na sua prática de cuidado e nas relações que estabelecem com os pacientes e colegas de trabalho, a despeito das resistências do meio.

No que se refere à diferença entre as categorias profissionais, chama atenção que os médicos dão mais evidências de poderem efetivamente intervir para transformar as situações, inclusive tendo mais acesso à Diretoria, embora isso não garanta que sejam escutados.

Bárbara afirma que, às vezes, é criticada porque pede exames para os pacientes. Vê “ironia” nos colegas, como se ela estivesse “fazendo alguma coisa errada”. No entanto, não tem dúvida que, com isso, faz o melhor para o paciente, porque se há um diagnóstico prévio, pode tomar medidas preventivas e fazer os encaminhamentos devidos para outros serviços. “Eu acho engraçado! Não faz, não

se preocupa, mas quem faz está sendo criticado como se o fato de você fazer fosse o errado”. “Eu defendo o meu ponto de vista e acabou”.

Clara refere-se a uma paciente, cujo estado era bastante grave e que necessitava ser transferida para realizar um procedimento específico. Afirma que nessas situações move meio mundo para conseguir o que necessita para o paciente: “Então eu fiquei que nem doida atrás do Diretor, mandando e-mails, e aí conseguimos! Ela evoluiu bem!” Ressalta que, nas situações em que há necessidade de mais atenção com um paciente, “tumulua mesmo”. Briga com os médicos – “Gente que tem idade para ser meu avô, meu pai, e eu fico em cima. Tem que ser!”. Quanto aos resultados... “Às vezes é em vão, mas pelo menos lavei a minha alma. Vejo coisa errada, vou lá no grupo e falo mesmo”.

Pedro também posiciona-se fortemente. Lembra-se quando estava na Sala de Emergência e chegou uma enfermeira nova: “Eu perguntei quem era e ela me disse que aquele era o seu primeiro dia de serviço. ‘Primeiro dia no hospital?’, perguntei. Ela disse: - Não. Eu acabei de fazer o curso. Falei: - Sinto muito! Desculpa, não tenho nada contra você, não lhe conheço, mas o seu primeiro dia não vai ser aqui. Você vai trabalhar na Emergência e na Sutura?! (...) Completamente despreparada e está na Emergência para receber um acidentado, um caso clínico grave!”

Marta, assistente social, conclui, refletindo sobre a sua trajetória, que os trabalhos que tiveram continuidade dependeram de pessoas que “batalharam e bateram pé”, para que acontecessem do jeito que “achavam que era correto”. “Independente da postura de cima para baixo, do ‘cumpra-se”.

Simone Weil, remetendo-se à experiência do trabalho fabril, refere-se à importância de que os trabalhadores tenham “voz”, possam demonstrar a sua indignação e exercer a sua revolta, para sentirem-se enraizados, participantes da realidade de trabalho e com poder de influir sobre o meio. Afirma que a docilidade e a submissão, ou seja, a condição em que o trabalhador apenas “cala-se e dobra-se”, conservando uma raiva impotente, um sofrimento mudo, determinam um sentimento “da própria dignidade abatida” e de intensa humilhação (WEIL, 1934-35).

Christophe Dejours assegura que o trabalho só pode se constituir em trabalho vivo se o trabalhador não se submete passivamente às condições impostas pela

organização do trabalho e às injunções sociais que, muitas vezes, determinam a desvitalização da sua atividade. Afirmar que o trabalho vivo implica um poder de ação, que permite ao trabalhador ser sujeito na construção da sua história, trazendo uma contribuição para transformar o contexto do trabalho em que atua e o seu meio social, transcendendo, uma existência individual, para integrar-se ao curso do desenvolvimento humano.

Chama atenção que, embora os trabalhadores indignem-se e exerçam uma ação no sentido de não se resignarem, os limites dessa possibilidade de atuação são estreitos, o que fica evidente pelo sofrimento que vivenciam ao sentirem-se limitados nas suas condições de exercer o cuidado, e ao não serem escutados nas suas demandas e reivindicações.

Ao referir-se às possibilidades de provocar mudanças no contexto das organizações de trabalho, Dejours traz contribuições significativas para esse debate, ao afirmar que a transformação das situações que causam sofrimento exige esforço pessoal, a coragem da não resignação, mas, fundamentalmente, a possibilidade de que os trabalhadores possam enfrentar em conjunto o real do trabalho, mobilizando-se frente a uma organização e um contexto social que limita a sua condição de sustentar um trabalho vivo. Logo, para além da relação subjetiva do trabalhador com a sua atividade e das relações de solidariedade, que certamente sustentam as boas práticas de trabalho, cabe destacar a importância da constituição de coletivos, que se organizem como espaços públicos de fala e escuta, voltados para a deliberação coletiva, onde opiniões eventualmente contraditórias possam ser livremente formuladas e publicamente declaradas.

Transformar o sofrimento implica, portanto, um retorno à arena do político, da qual, conforme afirma Lacaz (2017), os trabalhadores da saúde pública têm tendência a deserdar, sob efeito dos sentimentos de abandono, impotência e falta de esperança, determinados, como pudemos perceber nas narrativas, pela percepção do descaso e indiferença, que não se evidenciam apenas no nível da micropolítica institucional, mas estendem-se ao campo das macropolíticas, as quais institucionalizam a desintegração das relações e a precarização do SUS.

Nos relatos, é possível observar que os colaboradores compartilham nas suas equipes a indignação com o que vivenciam – Helena conversa com suas colegas,



Clara posiciona-se junto aos profissionais da sua área, Pedro faz inúmeros relatórios para a Diretoria –, mas não compõem um coletivo para discutir as suas dificuldades.

Dessa forma, parece que problemas extremamente graves ficam silenciados. Helena faz denúncias contundentes de situações que a impactam fortemente, como o caso da criança que terminou vindo a óbito sem que tenha sido atendida, depois de procurar insistentemente por um médico que se dispusesse a vê-la. Refere-se também ao paciente que ficou sem jantar, porque não tinha autonomia para alimentar-se e nenhum profissional se dispôs a fazê-lo. Ela tem “até medo”. Pedro indigna-se, como referimos, com o médico recém-contratado, sem experiência, que é colocado para atender no Pronto-Socorro. Valentina desespera-se com a falta de recursos, como respiradores na Emergência, o que pode determinar a morte de um paciente. Não há, no entanto, um lugar de fala e escuta efetiva, para que esses acontecimentos se tornem visíveis, reconhecidos e denunciados.

Por que calar ao invés de falar? Dejours (2012) afirma que aquele que se compromete a falar só o faz sob a condição de ter confiança suficiente no coletivo, mas também, e sobretudo, quando acredita que sua palavra pode ser seguida de um efeito, ou seja, levar a uma ação, permitir uma decisão conveniente de combate à injustiça que reconhece. Reitera que o milagre da palavra, ao final, só pode produzir-se quando a pessoa que assume o risco de falar encontra outra que corre o risco de escutar, pois ouvir significa arriscar-se a ver de repente desqualificada, aos seus próprios olhos, a interpretação do real, que considerava até então verdadeira.

## 5.5 Trabalho e identidade

Uma jovem mulher feliz, grávida pela primeira vez, que costura um enxoval, pensa em costurar como se deve, mas não se esquece nem um instante da criança que traz em seu seio. No mesmo momento, em algum lugar numa oficina de prisão, uma condenada costura pensando em costurar como se deve, pois teme ser punida. Poder-se-ia imaginar que as duas mulheres fazem no mesmo instante a mesma obra, e têm a atenção ocupada pela mesma dificuldade técnica. Há, no entanto, um abismo de diferença entre um trabalho e outro. Todo o problema do trabalho consiste em podermos passar de uma a outra dessas duas situações.

(Simone Weil)

Nos registros do diário que mantivera durante o período de trabalho como operária (*Diário de Fábrica*), Simone Weil relata os efeitos da experiência de trabalho no contexto fabril, afirmando que o sentimento de dignidade abatida, a humilhação e o cansaço brutal “invadiam” as horas de lazer, determinando um embrutecimento, que terminava por ocupar as 24 horas do dia. Ao deixar o trabalho nas fábricas, nas quais permaneceu por dois anos, reconhece que essa experiência teve sobre si uma influência duradoura, impingindo-lhe, de uma vez por todas, “a marca da escravidão” (Weil, 1934/35).

Dessa forma, a autora destaca, de modo contundente, o impacto do trabalho sobre a subjetividade e a impossibilidade de dissociar a vida fora-do-trabalho da vida dentro-do-trabalho, constatando que, em uma situação de trabalho precário, bom seria “depositar a alma à entrada, no cartão de ponto e retomá-la intacta à saída”, mas que isso não é possível: “ela vai com a gente para a fábrica”.

Christophe Dejours afirma que o trabalho não se reduz a uma atividade mecânica e a um segmento de tempo, onde o sujeito permanece se dedicando à sua produção. Pelo contrário, compromete inexoravelmente a subjetividade, e não pode ser dissociado da totalidade da vida daquele que o realiza, o que se evidencia pelo fato de que tanto é possível adoecer, quanto ser transformado com alegria por essa relação com o trabalho (DEJOURS, 2012).

Para o autor, o trabalho que conserva as qualidades de um trabalho vivo tanto mobiliza a subjetividade, exigindo um engajamento psíquico para a sua realização, onde o sujeito entra com os seus afetos, o seu corpo e a sua história, quanto tem efeitos transformadores sobre esse sujeito, ocupando um lugar fundamental enquanto estruturante na constituição da sua identidade.

Nas falas, a implicação subjetiva com o trabalho que realizam, a qual se evidencia de modo contundente nas experiências destacadas na discussão dos temas anteriormente abordados, caracteriza-o não apenas como atividade de produção (*Poiesis*), mas como processo transformador, que envolve o trabalho de si sobre si (*Arbeit*), e compõe, de forma inextricável, a sua identidade.

Já nos momentos iniciais da sua escolha por uma profissão, a qual se insere na sua biografia, o trabalho que se propõe a realizar está estreitamente ligado à sua história de vida e aos vínculos afetivos estabelecidos precocemente.

Clara, em um momento de grande intensidade afetiva, conta que brincava no hospital do qual o pai era diretor: “Eu me lembro que o meu pai dava papel para eu ficar desenhando, o estetoscópio, o abaixador de língua”. Lembra-se da sala dele, do corredor, do cheiro – “Cheiro de Centro Cirúrgico”. Destaca que o pai sempre foi um “herói” para ela e que deve a ele “tudo o que é hoje – médica, com desejo de doar-se para o serviço público”. “Eu sempre quis fazer medicina. (...) Falava desde pequeninha”.

Dora, sensibilizada por suas lembranças, afirma que a mãe “talvez fosse de outro jeito uma assistente social”. Recorda-se que tinha “um olhar sensível às coisas”, trazia para sua casa pessoas que necessitavam de ajuda e era uma espécie de “orientadora das questões sociais” no bairro em que moravam. Destaca que, talvez “inconscientemente”, tenha isso da mãe, e que essa seja uma motivação para realizar o seu trabalho. O seu interesse por trabalhar na Saúde remete-se à história da mãe, que trabalhara no Pronto-Socorro de um hospital público e relatava a relação solidária com os colegas de trabalho: a colaboração, as trocas de plantão que faziam para conseguirem se organizar no dia a dia. Dora “encantava-se” com isso e, posteriormente, já trabalhando em um hospital público, encontra “o que estava buscando”: o “grupo”, o “contato social”, “uma equipe”.

Helena começa a trabalhar como auxiliar de enfermagem no Hospital Juqueri ainda na adolescência. A mãe trabalhava nesse hospital e “era assim”: “se os pais trabalhavam lá, os filhos também iam trabalhar”. O hospital passava de uma a outra geração das famílias e constituía um lugar de intenso pertencimento social: “Muitas famílias moravam lá. Médicos, diretores... Tinha as casinhas deles lá. (...)” Mais tarde, Helena faz Serviço Social, trabalha por seis anos, mas retorna para a área de enfermagem, porque “era disso que gostava”. “A minha área mesmo, que estava guardadinha lá, era enfermagem”.

Dejours (1992) denomina de ressonâncias simbólicas essas afinidades entre o que designa “teatro psíquico da infância” e o mundo do trabalho. A ressonância simbólica ocorre, segundo o autor, quando há uma compatibilização entre as

vivências afetivas precoces e suas representações simbólicas com a realidade do trabalho, articulando, dessa forma, o teatro privado da história singular do sujeito ao teatro atual e público do trabalho.

Assim, pela intermediação do trabalho, o sujeito engaja-se em atividades e relações sociais para onde transfere as questões herdadas do seu passado e da sua história afetiva, criando a possibilidade de elaboração de conflitos remanescentes do seu desenvolvimento psicoafetivo, dando lugar a uma atividade de criação experimentada outrora pelo jogo, e atendendo a uma curiosidade infantil jamais satisfeita, caracterizada pelo desejo de saber e compreender (epistemofilia<sup>24</sup>) (DEJOURS, 1992).

Muito frequentemente, como afirma Dejours (1992), a ressonância psíquica é percebida pelo sujeito como um sentimento de extrema compatibilidade com o trabalho que realiza, sendo associada à convicção de que esse atualiza um “dom”, uma “vocação” ou corresponde a uma “missão”.

Bárbara, médica, considera que, se existe o “chamado”, ela o sentiu: “Uma intuição: faça medicina”. Helena, enfermeira, menciona que “um ser maior a preparou para essa missão aqui na terra que é cuidar”.

Conforme refere o autor, a ressonância simbólica permite que o trabalho se beneficie da força extraordinária que lhe concede a mobilização dos processos psíquicos inconscientes, como também colabora para que possa sustentar um sentido para o sujeito que o realiza. Nas narrativas dos colaboradores, embora tenhamos destacado acima apenas alguns recortes, esse processo é unânime e, de modo contundente, revela a intensidade do investimento afetivo nas suas práticas de trabalho.

Ao engajar de tal modo a subjetividade, o “teatro do trabalho” coloca-se como lugar privilegiado no processo de constituição da identidade, tanto por oferecer-se como cenário para a reedição e ressignificação da história afetiva do sujeito, quanto por possibilitar novas experiências, que irão integrá-la e reconfigurá-la. Ao referir-se

---

<sup>24</sup> Em termos psicanalíticos, epistemofilia alude à tendência inata da criança querer conhecer a verdade dos fatos que a cercam e para os quais não encontra explicação. Zimmerman (2001) afirma que, quando a vida sexual da criança atinge o seu auge, isto é, em torno dos 3 a 5 anos de idade, é o momento do seu desenvolvimento em que ela começa a dar sinais de atividades que podem ser atribuídas à pulsão do saber ou do investigar (ZIMMERMAN, 2001).

à centralidade psíquica do trabalho, Dejours (2012) afirma que, embora existam muitas outras formas simbólicas constitutivas da identidade, o trabalho e os laços de pertencimento grupal que inclui assumem uma posição fundamental, enquanto estruturante central na construção da identidade.

Na história de Letícia, que inclui a sua trajetória profissional desde a juventude, é notório o lugar que essas experiências ocupam na constituição da sua identidade. No seu trabalho nos Correios, em que vinha “dessa coisa de criancice”, cai “em um ambiente intelectual”: escuta muitas histórias e conhece um filósofo que questionava tudo e lhe falava sobre “a revolução no mundo, sobre as guerras na África...”, sobre a União Soviética, colocando em questão os seus medos. “Foi essa coisa de descoberta...(...)”. Mais tarde, quando define o serviço social como profissão, engaja na sua escolha essas experiências e a sua história familiar (a avó e o pai “briguentos”, que eram os seus “espelhos”), identificando-se como alguém que se indigna com as desigualdades e injustiças e luta por um “mundo mais humano”.

Clara, cuja escolha profissional fora fortemente determinada por sua história familiar, e que afirma “ter aprendido isso de saúde pública em casa” na sua primeira experiência de trabalho em um hospital público, surpreende-se com o investimento afetivo demandado para que possa realizá-lo. “Abraça a causa”, passa a perceber em si qualidades e talentos que desconhecia, aprende a lidar com os imprevistos e a falta de recursos – apesar de “gostar de tudo certinho” – e termina por integrar em si essas transformações, reconhecendo-se como uma médica que “faz a diferença” para aqueles de quem cuida: “Se eu não estivesse aqui naquele plantão!”

O conceito de identidade que tomamos como referência para ampliar a discussão desse tema se afasta, como é possível perceber nas narrativas, do conceito de personalidade adotado pelas abordagens psicodinâmicas, enquanto estrutura psíquica que nos remete à ideia de globalidade e permanência de traços que se mantêm invariantes durante toda a existência. Embora permita pensar, conforme refere Dejours (2012), a coerência e a coesão do eu integram as transformações que ocorrem com o passar do tempo, abrindo a possibilidade de que seja pensado o lado instável e imprevisível do vir a ser do sujeito, que nunca se encontra estabilizado de forma definitiva.

Nesse sentido, é emblemática, na narrativa de Clara, cuja escolha profissional orientara-se por um ideal em relação à medicina – “uma profissão respeitada” – a referência às transformações profundas que vivencia, ao constatar a falta de comprometimento dos seus pares. “Eu fico pensando: E se fosse meu filho! O filho desse profissional! Será que ele ia gostar? É médico! (...) Será que acontece com todo mundo? Fico me perguntando várias coisas”. Clara assusta-se, decepciona-se profundamente e conclui que não se reconhece no modo como esses profissionais conduzem o seu trabalho. A sua escolha é outra: “É muito contra o que eu penso. Para quê? Não tem para quê. (...)”. Para si a profissão de médica envolve “amor” pelo que faz, e não apenas a busca “frenética” para ganhar dinheiro.

Ainda no que se refere ao conceito de identidade com o qual a psicodinâmica do trabalho opera, Molinier (2013) considera que todo o esforço teórico dessa abordagem consiste na busca de princípios conceituais para superar o obstáculo entre as concepções de identidade pessoal<sup>25</sup> e identidade social<sup>26</sup>. Conclui que, para tanto, posiciona-se entre as duas vertentes, compreendendo que a identidade constituída no trabalho, embora coloque uma distinção entre o sujeito e o outro, configurando-se no estabelecimento dessa diferença, ao mesmo tempo o situa no campo social, indexando-o a uma classe, a um coletivo, a um ofício, dando-lhe um significado de pertencimento.

No relato dos colaboradores, para os quais, de forma unânime, o trabalho que realizam os identifica fortemente e os insere em um ofício, a sua prática aparece frequentemente como expressão do desejo de “cuidar”, de “ajudar”, de “ser útil” e de “doar-se”. Mais do que remeterem aos seus conhecimentos formais e técnicos para distinguirem-se como profissionais da saúde, definem-se pelo investimento afetivo colocado nas suas ações de cuidado.

---

<sup>25</sup> Por identidade pessoal, Molinier (2012) compreende um conjunto relativamente estável de aspectos de um indivíduo, integrados em uma unidade coerente, com caráter de continuidade, que os distingue dos outros e o tornam único. Um dos conceitos mais abrangentes do campo da psicologia, a identidade pessoal é o resultado da interação combinada e dinâmica de fatores hereditários e sociais, bem como dos significados atribuídos pelo indivíduo às suas experiências pessoais.

<sup>26</sup> Por identidade social, Molinier (2012) compreende as características comuns das pessoas pertencentes ao mesmo grupo ou à mesma classe. As identidades sociais são coletivas. Fala-se, por exemplo, das identidades sexuais (masculina, feminina, transgênero), das identidades sexuais (hétero, *gay*, *lésbica*, *queer*), das identidades religiosas, profissionais ou de ofício.

Maria escolheu a profissão de assistente social sem saber exatamente o que era: “Só pensava em ajudar as pessoas dentro da minha profissão”. Marta refere-se à possibilidade de “ajudar” como motivação para sua escolha profissional. Valentina, enfermeira, afirma que escolheu a “profissão certa”, pois “cuidar” é o que a satisfaz. Manuela refere-se à “possibilidade de ajudar as pessoas” como aquilo que a encanta, e a faz vir trabalhar, acrescentando que escolheu a enfermagem porque sabia que “ia cuidar”.

Para os profissionais médicos, as qualidades que os distinguem e os inserem em seu ofício aparecem menos referidas às ações de “ajudar” e “cuidar”, sendo enfatizados o comprometimento com o que realizam, a preocupação em fazer um trabalho “bem feito” e a disponibilidade para “orientarem” aqueles que atendem, o que, em alguns momentos, dá mais destaque aos aspectos técnicos da sua prática e a um conhecimento adquirido que pretendem transmitir.

Clara destaca que a sua prática se define pela importância de “amar” o que faz, o que a integra a um grupo de profissionais médicos de uma geração anterior, que se orientavam por um “ideal”, enquanto Pedro reconhece-se como um profissional que dispõe de um tempo, no qual poderia estar realizando um trabalho melhor remunerado e mais reconhecido, para, no contexto da saúde pública, ajudar “os mais necessitados”.

É possível distinguir na narrativa de alguns a experiência de reconhecerem-se como pertencentes à coletividade de trabalhadores da saúde pública, que os identifica, e em relação à qual se posicionam firmemente, no sentido de evidenciar o seu valor social.

Manuela afirma que “apaixonou-se” pela saúde pública desde o período da graduação:

A gente mora num país onde o maior convênio chama SUS. É o convênio da população. (...) Gente! O SUS é o convênio que atende o pobre e o rico, o preto e o branco, o feio e o bonito. Sem distinção atende todo mundo. Muitas vezes na hora do pega pra capar, quem segura é o SUS. Falam mal do SUS! (...)

Maria, assistente social, reconhece o valor de trabalhar no contexto da saúde pública, confirmando a sua inserção em uma história e uma tradição: “Comecei a trabalhar no hospital e foi o meu primeiro emprego na área da saúde. Fiquei tão feliz! Vou trabalhar na Saúde! Uma política universal!” Menciona que tem usado o SUS durante o tratamento que faz para cuidar de uma gravidez de risco, pois já conhece os profissionais da Unidade próxima à sua casa e tem “certo pertencimento” ali. “Tudo indica também que meu parto vai ser no SUS. Foi uma conquista, né?! É nosso. Pessoas que vieram antes de nós conquistaram”.

Clara, cujo pertencimento à Saúde Pública insere-se na tradição familiar, afirma que é muito questionada pelos colegas sobre a sua escolha por trabalhar em um hospital público. “Ninguém acredita... ‘Por que você está num lugar que não tem estrutura? Por que você se submete a isso?’ Afirma que é “questão de gosto”. Trabalha em um hospital particular, onde é só “apertar um botãozinho e tem vaga de UTI!”, mas gosta muito menos de trabalhar lá. “Eu largaria outros empregos para ficar aqui”. “É por amor”.

Ao referir-se à experiência do enraizamento, Simone Weil remete-se à importância dessa vivência de pertencimento a uma coletividade, na qual os trabalhadores percebem-se inseridos em uma tradição e em uma história, conservando experiências e conhecimentos que os vinculam aos que os precederam, destacando que a possibilidade de reconhecerem o valor social do seu trabalho, como também de provocarem transformações nesse contexto pela recriação do que foi herdado, associa-se estreitamente a essa condição.

O relato de Marta vem ao encontro das colocações de Simone Weil, pelas considerações que tece sobre a importância de contar as suas experiências para as profissionais recém-chegadas à Instituição. Tendo “abraçado a causa” ao longo da sua trajetória de trabalho em instituições públicas de saúde, reconhece o valor da sua história, que revela não apenas as suas experiências pessoais, mas uma tradição das práticas de cuidado no âmbito da saúde pública. Assegura que essa memória precisa ser conhecida e que narrá-las faz com que se mantenham vivas, ao mesmo tempo em que oferece aos novos profissionais tanto uma possibilidade de inserção e pertencimento, como de questionamento e renovação dessas tradições.



Em relação à experiência do trabalho, enquanto constituinte da identidade, Dejours (2012) afirma que essa conquista não pode ser assegurada pelo sujeito fora do campo das relações, visto que decorre da confirmação dos demais a legitimação, tanto daquilo que este percebe como sendo o que o distingue, quanto do seu lugar de pertencimento a uma coletividade. Embora a princípio esteja focado no trabalho realizado, ou seja, sobre o *fazer* e não sobre a pessoa que faz, o reconhecimento inscreve-se como retribuição simbólica, assegurando a realização de si mesmo e a edificação da identidade no campo social (DEJOURS, 2012).

Ao discutirmos o tema Criatividade com os entrevistados, remetemo-nos a momentos em que destacam o prazer ao terem o seu trabalho reconhecido e, por outro lado, o sofrimento vivenciado quando isso não se dá.

No âmbito da discussão sobre a centralidade psíquica do trabalho na constituição da identidade, cabe ressaltar a importância desse reconhecimento para os trabalhadores, para que lhes seja assegurado, tanto no âmbito da micropolítica institucional, quanto em um campo social mais amplo – dimensões, na verdade, indissociáveis –, a confirmação do que os identifica, distingue e garante um lugar no grupo social em que estão inseridos.

Pedro sabe que “tem um bom conceito com a enfermagem, com os médicos”, sendo reconhecido pelo seu comprometimento e pela qualidade técnica do seu trabalho. As suturas que realiza têm a sua “assinatura” – “(...) reconhecem e sabem quem operou (...)”. Igualmente, os pacientes que atende o reconhecem e querem, inclusive, apresentá-lo. Pedro valoriza esse reconhecimento, que o legitima enquanto um profissional eficiente, correto, que cumpre as suas obrigações e até mesmo “se doa um pouco mais”, para “ajudar os que mais necessitam”.

Bárbara ressalta em sua fala as inúmeras situações em que colegas de trabalho buscam por ela, tanto para terem “orientações” sobre os seus problemas de saúde, quanto sobre alguma dificuldade técnica nos procedimentos. Os pacientes também procuram por ela com frequência, distinguindo-se, assim, por suas qualidades, reafirmando-se como uma profissional responsável, eficiente – que tem o “dom” – e disponível ao outro. Essas características que a definem são também reconhecidas e validadas no âmbito familiar, no qual suscita a “admiração” pelo seu trabalho, sendo incumbida de fazer muitos partos por terem “plena confiança” nela.

Por outro lado, o não reconhecimento no âmbito institucional aparece nas falas especialmente associado à relação com os superiores hierárquicos. Nessa situação, o mal-estar de alguns é evidente, ao perceberem que não são “vistos” naquilo que os identifica e distingue – a dedicação, a qualidade do seu trabalho, o comprometimento –, e não são sequer diferenciados de outros profissionais que não se comprometem com a sua prática. Conforme relata Pedro, parecem ser remetidos a uma condição de “invisibilidade”, ao fazerem inúmeros relatórios e reclamações às suas chefias e gestores, sem que tenham nenhum retorno a respeito, ou seja, sem que sejam “escutados”.

As profissionais de enfermagem destacam fortemente a situação de não serem reconhecidas pela chefia imediata, o que se evidencia pela falta de retorno em relação ao trabalho que realizam e pelo baixo investimento em ações educativas. Referem-se também ao lugar que ocupam na relação com os profissionais médicos, onde são desconsideradas nos seus saberes e têm pouca autonomia para exercê-los.

No grupo das assistentes sociais, chama atenção o fato de que, embora haja menção a uma desconsideração pelos profissionais médicos, que não as consideram “importantes”, o fato de terem uma coordenadora que as reconhece, valoriza o seu trabalho e posiciona-se frente à Instituição legitima a sua identidade. Dora afirma que no Judiciário, onde trabalhara anteriormente, o fato de pertencer a essa categoria lhe dava “*status*”. No entanto, no Hospital, embora o fato de ser uma assistente social da Saúde não lhe traga respeito, ter como referência uma coordenadora com muita experiência e com uma postura forte lhe garante um valor.

No que se refere às profissionais do serviço social e enfermagem, esse não reconhecimento e a conseqüente falta de legitimação da sua identidade aparece também na relação com os médicos, quando percebem que não têm autonomia para decidir sobre a sua prática e são desconsideradas no seu saber. Como afirma Dora, que já trabalhara anteriormente no Judiciário, os médicos, de modo geral, assim como os juizes, assumem uma postura de autoridade: acham que “são melhores” do que elas, e não as consideram “importantes”.

Parece-nos fundamental ressaltar o destaque dado pelos colaboradores ao não reconhecimento social do seu valor como trabalhadores da saúde pública, o que

compromete a sua possibilidade de pertencimento a essa coletividade e a sustentação dos laços que podem integrá-los.

Bárbara afirma que os colegas estranham que ela ainda trabalhe em um hospital público – “E você ainda trabalha em PS?!” –, porque, para os profissionais de consultório, “você trabalhar num serviço público não é uma coisa boa”.

Pedro ressalta a percepção da desvalorização do trabalho em saúde pública: “Antes tinha mais valor. (...) O serviço público era visto como um desafio. Uma coisa que você conquistou, porque fez um concurso público. Agora não. (...) ‘Ah... Você trabalha no serviço público...’. Está tão denegrido...”

Dora afirma que trabalhar no Judiciário tem uma diferença: “o *status*”. “Sou assistente social do judiciário. Isto tem um peso, é respeitado. Você chega numa casa, você fala, e lhe respeitam.” Diz que sentiu esse choque na Saúde: “Sou assistente social, e daí? Você se posiciona diferente. Sou assistente social do quê? (...)”

Clara refere-se ao espanto de uma médica, que havia sido sua chefe em outro hospital, ao vê-la trabalhando no setor público: “Você me largou e trabalha aqui nesse lugar!” Destaca que “ninguém acredita” que tenha feito essa escolha. “Não por ser um lugar específico, mas por ser SUS”. Assim como Pedro e Bárbara, Clara destaca que “não conhece nenhum colega interessado na Saúde Pública”. “O pessoal não tem interesse nenhum, nenhum”.

Essa falta de reconhecimento confirma-se, conforme o relato dos colaboradores, pelas condições de trabalho precárias a que são expostos, pela falta de interesse na formação dos trabalhadores e pela contratação recorrente de novos profissionais que não atendem a critérios de qualidade.

Embora os colaboradores dessa pesquisa deixem claro, em diversos momentos, o quanto a sua experiência de trabalho confirma e legitima a sua identidade, dando-lhes um sentimento de pertencimento a um ofício e a um coletivo de trabalhadores. Parece que, ao confrontarem-se com o processo intenso de precarização do SUS e de desqualificação dos serviços de saúde pública, o que inclui a desvalorização do seu trabalho e privação do reconhecimento social, percebem-se, como afirma Pedro, “em uma terra de ninguém”.

Essa percepção de não serem reconhecidos e de que “não há quem se importe” com o trabalho que produzem ou com as dificuldades que encontram para realizá-lo, remete-nos à discussão proposta por Fernando Braga Costa, sobre o fenômeno da invisibilidade social.

Costa (2004) associa a experiência de invisibilidade à sensação de não pertencimento social – um “não estar ali” –, e à vivência de sentimentos de desqualificação e desvalorização, que perpetuam relações sociais nas quais os homens ficam apagados e mantidos à sombra, silenciados e impossibilitados de falar da sua dor, da sua raiva e de se manifestarem frente a situações que lhes impõem sofrimento.

Em relação aos colaboradores, podemos perceber que essa condição de invisibilidade ameaça privar de sentido o seu entusiasmo, seu investimento afetivo, seus esforços, suas angústias e decepções, assim como obscurecer a possibilidade de que percebam que, com o seu trabalho, não somente prestaram uma contribuição à organização do trabalho e à comunidade, mas também que esse trabalho fez de si um sujeito diferente do que era antes.

Para além do impacto no processo de constituição de uma identidade, podemos considerar, com Costa (2004), que essa condição de invisibilidade compromete para o trabalhador o reconhecimento da sua própria humanidade.

Como as mensagens de humanidade precisam encontrar receptividade noutros humanos, ou seja, como os processos e sinais de humanidade precisam ser não simplesmente decodificados pelo outro, tornando-se assim inteligíveis, mas precisam ser abrigados como sinais de alguém, mesmo antes de decifrados, mesmo quando indecifráveis, os “homens invisíveis”, fora do campo de reconhecimento do outro, não constituem em si a experiência suficiente de sua humanidade (COSTA, 2004, p. 9).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A Saúde Pública no Brasil vive uma situação paradoxal, colocando-se, por um lado, como catalizadora de propostas inovadoras nos campos da assistência e da gestão pública, ao mesmo tempo em que se define como espaço privilegiado de manifestação das contradições sociais e do intenso processo de exclusão, segregação e banalização da dor e do sofrimento alheios que têm marcado a nossa sociedade.

O Sistema Único de Saúde - SUS - enfrenta hoje inúmeros obstáculos para a sua efetiva implantação. Cada vez mais submetido à racionalidade do capital e à lógica do mercado, que resistem constantemente a cada modelo de atenção ou gestão que traga em seu bojo as suas diretrizes, o SUS encontra-se permanentemente ameaçado pelo financiamento insuficiente, pela ausência de uma política razoável de pessoal e pela não realização de uma reforma sistêmica do seu modelo de organização e gestão.

Esse processo de precarização inclui um movimento de desqualificação, por parte das políticas neoliberais de Estado mínimo, das quais a mídia é porta-voz, reiteradamente ocultando as suas qualidades e destacando os seus fracassos, que são compreendidos exclusivamente como inerentes ao sistema, e não remetidos aos determinantes sociais e políticos que o desvitalizam. Nesse contexto, os erros e insucessos dos trabalhadores e a má qualidade do atendimento prestado ganham destaque exclusivo, sendo que, se por um lado correspondem à vivência efetiva de alguns pacientes nas situações de atendimento, por outro compõem um discurso socialmente construído de desvalorização dos serviços e servidores públicos da saúde, que os estigmatiza.

Os efeitos dessa conjuntura sobre a saúde física, psíquica e social dos trabalhadores é evidente, sendo destacado, como pudemos observar na literatura especializada, o processo de sofrimento e adoecimento a que estão submetidos no seu cotidiano de trabalho. Essa discussão, sem dúvida fundamental, tendo em vista que desvela uma realidade que precisa ser reconhecida, naturaliza, contudo, pela ênfase dada aos aspectos negativos e patológicos, a concepção de que o trabalho em saúde produz, exclusivamente, desgaste e sofrimento.

O trabalho nesse campo, no entanto, inclui outras experiências, vividas nas relações únicas e singulares entre os trabalhadores, e desses com os usuários, nos

quais uns atuam sobre os outros, revelando afetos, necessidades, expectativas e histórias de vida, em um acontecimento que só ocorre ali, em ato, e que traz em si os atributos da liberdade e da autonomia.

Como ressaltamos, na Introdução desse estudo, na invisibilidade desses encontros e ações de cuidado, há trabalhadores engajados subjetivamente com a sua atividade, comprometidos com a realização de um trabalho de qualidade, no qual se mantêm disponíveis e receptivos ao outro e implicados com a produção de práticas de saúde orientadas para o cuidado com a vida.

Observamos ainda que o trabalho em Saúde, sem excluir o sofrimento que implica, conserva-se como lugar de grande vitalidade, no qual esses trabalhadores são afetados e interpelados, indignam-se, lutam, e transformam-se, experimentando prazer e realização ao engajarem-se na produção de uma obra que produz sentido para si, e é altamente significativa para aqueles de quem cuidam.

O presente estudo buscou ampliar a compreensão sobre essas experiências, procurando entender, conforme proposto no objetivo geral, como os trabalhadores, que participaram como colaboradores dessa Pesquisa, sustentam um sentido para o trabalho que realizam, apesar de estarem expostos a um processo de precarização do trabalho na instituição de saúde em que atuam.

Os resultados evidenciaram que a possibilidade de esses profissionais manterem um trabalho vivo se dá pela construção de laços solidários com os demais trabalhadores e com os usuários; pela disponibilidade para deixarem-se afetar e interpelar pelos acontecimentos e encontros no seu cotidiano; pelo engajamento criativo nas ações de cuidado; pela indignação diante do sofrimento infligido a outrem; pela coragem de não se resignarem e pela condição de realizarem um trabalho que compõe, de forma inextricável, a sua identidade.

Pudemos observar ainda que essas qualidades, embora possam ser reconhecidas ao longo de toda a história dos colaboradores, compondo a sua singularidade, na situação específica de trabalho em que se encontram, são atualizadas pela possibilidade de poderem contar com o outro nos encontros. É na relação com os pacientes de quem cuidam, com os colegas de trabalho, com a sua chefia, no espaço de um autêntico encontro intersubjetivo, que cada colaborador,

com suas características peculiares, suas diferenças, redescobre e reconstrói esse sentido e a possibilidade de sustentá-lo.

Quanto ao objetivo de identificar e analisar as experiências de sofrimento que aparecem expressas nas narrativas, percebemos, inicialmente, que, no trabalho realizado pelos colaboradores, essas se articulam às vivências de prazer, configurando a dinâmica própria do trabalho vivo em saúde. Chamou atenção, por exemplo, que embora sejam afetados pelo sofrimento do outro nas situações de atendimento, o ato de cuidar e aliviar a sua dor confere sentido ao trabalho que realizam e é determinante de prazer. Foi possível observar igualmente que os desafios causadores de tensão no seu cotidiano aparecem ao mesmo tempo como fonte de prazer, ao demandar agilidade, iniciativa e criatividade, qualidades que compõem a identidade pela qual são reconhecidos.

Verificamos, no entanto, que, em alguns momentos, as vivências de sofrimento os coloca em uma situação limite que beira ao desânimo, à exaustão ou ao adoecimento, mobilizando sentimentos de impotência e desamparo, dilemas éticos, e a percepção da desqualificação e invisibilidade do seu trabalho. Nas narrativas o sofrimento determinado pela precariedade das condições de trabalho é contundente remetendo-se às limitações colocadas a sua prática de trabalho; à exposição à violência; à falta de reconhecimento; à banalização da falta de comprometimento e da indiferença ao sofrimento alheio, e à restrição à sua possibilidade de participarem provocando mudanças nesse contexto.

No que se refere ao objetivo de identificar as diferenças e semelhanças entre o que é vivenciado por trabalhadores de diversas categorias profissionais, e com maior ou menor tempo de trabalho em instituições de saúde pública, consideramos que, embora tenhamos nos aproximado dessa questão ao longo da discussão dos temas, essa abordagem ficou limitada, pois implicaria em reflexões mais consistentes, que envolvem as especificidades de cada profissão e a divisão técnica e social do trabalho do ponto de vista organizacional.

Tendo em vista, no entanto, os objetivos alcançados, no que diz respeito à evidência de que os colaboradores mantêm um trabalho vivo, e da identificação de como isso se sustenta, consideramos que a visibilidade dada às suas experiências é fundamental, em um contexto no qual se sentem frequentemente desqualificados e



pouco reconhecidos, e em que essa realidade ganha pouco destaque na literatura especializada.

Embora essa Pesquisa remeta-se, portanto, ao âmbito de uma instituição de saúde específica, e tenha um número limitado de sujeitos do ponto de vista quantitativo, podemos considerar que permite chamar atenção para a experiência de outros trabalhadores, que igualmente mantêm um trabalho vivo nas instituições em que atuam, desnaturalizando a concepção do trabalho em saúde pública como submetido à incidência de determinantes imutáveis e irrevogáveis que o desvitalizam.

Constatamos ainda, retomando as referências iniciais feitas à temática da humanização em saúde, que a vivência dos colaboradores dessa Pesquisa amplia a possibilidade de discussão sobre a humanização do trabalho nesse campo, permitindo-nos abordar algumas qualidades que definem as práticas de cuidado em saúde como efetivamente humanizadoras. Aproximamo-nos assim, da abordagem ao fenômeno da humanização adotada por Gallian (2017), compreendendo que o trabalho vivo em saúde implica a tarefa sempre inconclusa de humanizar-se e, ao mesmo tempo, de prover condições para que outro constitua em si a experiência da sua própria humanidade, em um movimento contínuo e sempre incompleto de transformação de si mesmo e do mundo.

Ressaltamos, no entanto, que ao identificarmos as práticas de cuidado dos colaboradores como “humanizadoras”, não há a intenção de idealizá-las ou defini-las como modelo para outras experiências singulares de trabalho. Como pudemos observar nas narrativas, essas vivências estão estreitamente vinculadas à singularidade dos trabalhadores, convivendo com a percepção de que são vulneráveis e imperfeitos; sujeitos ao sofrimento e à vivência de emoções como raiva, medo, entre outras, que, em uma composição multifacetada, constituem a sua humanidade.

O que se evidencia é que essas experiências se contrapõem ao processo de mecanização tão bem retratado por Simone Weil ao vivenciar o trabalho fabril, o qual podemos igualmente reconhecer no ambiente das instituições públicas de saúde. Ou seja, aquilo que se constitui para esses colaboradores em trabalho vivo vai na contramão de um processo que tende a submeter o trabalhador da saúde ao

embrutecimento, entorpecendo-o ao impedir o fluxo dos pensamentos e das emoções, e colocando-o na condição de objeto inerte privado de dignidade, indiferente às injustiças e ao sofrimento alheio.

Podemos considerar ademais que a possibilidade de os trabalhadores narrarem a sua história mostrou-se reveladora na produção de sentido para a sua experiência de trabalho e para o reconhecimento da sua humanidade. Possibilitou uma reflexão sobre a sua trajetória, permitindo a constatação do quanto foram ousados nas suas escolhas; corajosos para superarem dificuldades e enfrentarem desafios; tímidos e covardes, quando evitaram correr riscos; ou arrogantes e excessivamente belicosos em algumas situações. Reconheceram o valor do que realizaram e traçaram novos projetos para o futuro, compreendendo que o seu caminho prossegue, que vale à pena aceitar os convites, e que podem fazer novas escolhas.

A metodologia – História Oral de Vida - utilizada para a realização dessa Pesquisa, portanto, revelou-se notoriamente relevante para alcançarmos os objetivos propostos. Criou um espaço de fala em um contexto de trabalho marcado pelo emudecimento frente à contundência dos acontecimentos, por uma impotência que silencia, pela dificuldade de serem escutados e por um ritmo e intensidade de trabalho que não predispõe à reflexão. A disponibilidade dos colaboradores para narrar as suas histórias, envolvendo-se intensamente no processo das entrevistas, e posteriormente, na elaboração do texto transcrito, surpreendeu-me, contradizendo minha preocupação inicial de que, ao serem absorvidos pelo cotidiano de trabalho, não abririam um espaço para a palavra e o compartilhamento do que vivenciam, revelando que, ao contrário, ansiavam por essa oportunidade.

Para mim, igualmente, escutar e compartilhar com os colaboradores as suas narrativas, consistiu em um processo de reflexão e elaboração de sentido para a minha própria trajetória. Foi especialmente significativo o encontro com Pedro, que explicitamente me devolveu a questão que fiz ao convidá-lo para participar desse Projeto, inquirindo-me se eu havia “entrado na máquina”: “Eu continuo. Acho que você também, não é?”.

A questão que se coloca, por fim, ao concluirmos esse estudo, refere-se à perspectiva de criação, no espaço das instituições públicas de saúde, de condições

para que o trabalho vivo, enquanto experiência de efetiva humanização, possa ser apoiado. Como já nos referimos anteriormente, não é possível, certamente, prescrevê-lo, mas podemos considerar a possibilidade de intervirmos na direção de favorecer condições para que se realize, sem deixarmos de levar em conta, certamente, que as transformações quanto ao que coloca impedimentos a sua prática devem também ser remetidas às limitações impostas pelo contexto macropolítico, que lhe impõe graves constrangimentos.

Como expectativa de intervenção nesse cenário, consideramos, inicialmente, que a criação de espaços de fala e escuta, em um cotidiano de trabalho que não favorece a reflexão e a troca de experiências, poderia ter um potencial humanizador efetivo, dada a oportunidade de que os trabalhadores possam romper o isolamento, compartilhando emoções e sentimentos despertados por acontecimentos que lhes causam perplexidade; de que possam experimentar uma escuta atenta e empática dos seus pares e de que tenham reconhecidas tanto as dificuldades que enfrentam, quanto o que cotidianamente investem de si no trabalho que realizam.

Levando em conta ainda o que os colaboradores destacaram como experiências produtoras de sentido para o trabalho que realizam, o Laboratório de Humanidades, enquanto espaço de exploração e aprofundamento de uma vivência estética e afetiva, assim como, de compartilhamento das reflexões e dos sentimentos suscitados nesse processo, parece-nos oferecer um contexto próprio para dar lugar às vivências de solidariedade, à possibilidade de serem afetados e interpelados pelo outro, à criatividade, à indignação, à coragem, e à afirmação e reconfiguração da sua identidade.

Os limites e as possibilidades para a criação desses espaços certamente se articulam no campo de tensões imanentes ao trabalho em saúde em que, de um lado, a liberdade de agir se manifesta, e de outro, atuam as formas de captura do trabalho vivo. Nessa dinâmica paradoxal, que diz respeito tanto à realização das ações de cuidado, quanto às práticas de intervenção nas instituições, consideramos que cabe a nós, trabalhadores da saúde, reconhecer e investir nas saídas possíveis – e humanas – para, a cada momento, realizarmos as mudanças de que somos capazes, com a certeza de que, como os colaboradores dessa pesquisa referiram, a potência de agir remete-se inexoravelmente à condição de abrimo-nos aos

encontros e à criação de laços solidários. Oxalá, como desejava Eduardo Galeno, “tenhamos a valentia de arriscarmos estar juntos.”

## 7 REFERÊNCIAS

---

ALVES, D. F.; GUIRARDELLO, E. B. Safety climate, emotional exhaustion and job satisfaction among Brazilian paediatric professional nurses. **International Nursing Review**, Genebra, v. 63, n. 3, p. 328-335, set. 2016.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 2000.

\_\_\_\_\_. **Os sentidos do trabalho – ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2009.

ARÁBIA. Direção de Affonso Uchoa e João Dumans. São Paulo: Pique-Bandeira Filmes, 2018. 1 DVD (97 min).

ARAÚJO, T. M. *et al.* Psychosocial aspects of work and common mental disorders among health workers: contributions of combined models. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 645-657, set. 2016. Disponível em: <http://10.1590/1518-8345.0763.2743>. Acesso em: 8 fev. 2019.

ASSUNÇÃO, A. A.; TAVARES, I. R.; SERRA, P. J. Natureza e condições atuais do trabalho em saúde: o que diz a literatura sobre o adoecimento dos trabalhadores? *In*: MACHADO, J. M. H; ASSUNÇÃO, A. A. (org.). **Panorama da saúde dos trabalhadores da saúde.** Belo Horizonte: UFMG/Faculdade de Medicina, 2012. p. 106-149.

ASSUNÇÃO, A. A.; MACHADO, C. J.; PRAIS, H. A.; ARAÚJO, T. M. Depression among physicians working in public healthcare in Belo Horizonte, Brazil. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**, Berlim, v. 49, n. 8, p. 1219-1229, ago. 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. *In*: DESLANDES, S. F. (org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. p. 49-84.

BAASCH, D.; LANER, A. S. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1097-1105, 2011.

BARLEM, E. L. *et al.* Sofrimento moral em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, p. 1-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt\\_11.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_11.pdf). Acesso em: 29 fev. 2019.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. *In*: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde.** Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.

- BECK, F. L. **A dinâmica prazer/sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem de uma unidade de emergência de um hospital público**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2010.
- BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. *In*: BENDASSOLLI, P. F.; SOBOLL, L. A. P. (org.). **Clínicas do trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade**. São Paulo: Atlas, 2011. p. 3-21.
- BENEDETTO, M. A. C.; VIEIRA, N. V.; GALLIAN, D. M. C. Memória do coração: visões acerca do coração humano a partir da experiência do transplante. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, Madrid, v. 3, n. 1, p. 1-15, 2014.
- BENJAMIN, W. **Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre a literatura e história da cultura**. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- BIRMAN, J. Insuficientes, um esforço a mais para sermos irmãos! *In*: KEHL, M. R. (org.). **Função Fraterna**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000. p. 171-208.
- BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, 2002.  
Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em: 19 mar. 2019.
- BONFIM, V. S. Gadamer e a experiência hermenêutica. **Revista CEJ**, Brasília, v. 14, n. 49, p. 76-82, jun. 2010.
- BORKAN, J. Immersion/Crystallization. *In*: Crabtree, B. F.; MILLER, W. L. **Doing qualitative research**. 2nd. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1999, p. 179-194.
- BOSI, E. **O tempo vivo da memória: ensaios de psicologia social**. Cotia: Ateliê Editorial, 2003.
- BRAGA, L. C.; CARVALHO, L. R.; BINDER, M. C. P. Condições de trabalho e transtornos mentais comuns em trabalhadores da rede básica de saúde de Botucatu (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1587-1596, jun. 2010.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. *In*: MOTA, A. E. *et al.* (Orgs.) **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2006. p. 197-217.

- BRITO, J. *et al.* O trabalho nos serviços públicos de saúde: entre a inflação e a ausência de normas. *In*: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.) **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011. p. 23-44.
- BUENO, M.; MACEDO, K. B. A clínica da psicodinâmica do trabalho: de Dejours às pesquisas brasileiras. **ECOS**, Campos dos Goytacazes, v. 2, n. 2, p. 306-318, 2012.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.
- CARUGNO, M. *et al.* Fatores de risco físico e psicossocial para distúrbios musculoesqueléticos em enfermeiras brasileiras e italianas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1632-1642, set. 2012.
- CARVALHO, L. L. **Clássicos da literatura no ensino e na humanização em saúde: a dinâmica do Laboratório de Humanidades (LabHum) nas leituras de Aldous Huxley e Níkos Kazantzákis**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.
- CASTRO, J. S.; ANDRADE, L. S. Serviço social e o SUS: Desafios na prática do assistente social. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 111-126, Jun 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/ss.v13i1.8634923>. Acesso em: 10 dez. 2018.
- CECÍLIO, L. C. O. A Morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 545-555, 2009.
- CECÍLIO, L. C. O.; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.
- COELHO, T. A cultura como experiência. *In*: RIBEIRO, R. J. **Humanidades: um novo curso na USP**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 65-102.
- CONDE, A. F. C.; CARDOSO, J. M. M.; KLIPAN, M. L. Panorama da psicodinâmica do trabalho no Brasil entre os anos de 2005 e 2015. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, Belo Horizonte, v.12, n. 1, p. 19-36, 2019.
- CONEGLIAN, R. C. *et al.* Gestão de trabalho em saúde e sofrimento físico-mental dos trabalhadores do SUS municipal. *In*: LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. (org.). **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017.



COSTA, F. B. **Homens invisíveis**: relatos de uma humilhação social. São Paulo: Globo Editora, 2014. 254 p.

COSTA, J. F. A ética democrática e seus inimigos: o lado privado da violência pública. In: ROITMAN, A. (org.). **O desafio ético**. Rio de Janeiro: Garamond, 2000. p. 79-92.

COSTA, S. C. T. V. **Vivências de prazer-sofrimento no trabalho da enfermagem**: uma revisão da produção científica. 2013. Trabalho de conclusão de Curso (Especialização em Psicodinâmica do Trabalho) – Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

DAL POGGETTO, L. M. S. **Os sentidos da humanização para os trabalhadores do Hospital São Paulo**: narrativas de história oral de vida. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017.

DEJOURS, C. *Addendum*: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELMAN, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. p. 47-104.

\_\_\_\_\_. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.

\_\_\_\_\_. **Trabalho vivo**: sexualidade e trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2012.

\_\_\_\_\_. **Trabalho vivo**: trabalho e emancipação. Brasília: Paralelo 15, 2012.

\_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1992. p. 149-174.

DEJOURS, C.; BÈGUE, F. **Suicídio e trabalho**: o que fazer? Brasília: Paralelo 15, 2010.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/inr.12276>. Acesso em: 5 jan. 2019.

- FACHINI, J. S.; SCRIGNI, A. V.; LIMA, R. C. G. S. Sofrimento mental de trabalhadores de uma UTI pediátrica. **Revista Bioética**, Brasília, v. 25, n. 1, p. 111-122, apr. 2017.
- FERREIRA, J. B. Análise clínica do trabalho e processo de subjetivação: um olhar da psicodinâmica do trabalho. *In*: MENDES, A. M. *et al.* **Psicodinâmica e clínica do trabalho**. Curitiba: Juruá, 2014. p. 125-136.
- FERREIRA, R. C. *et al.* Abordagem multifatorial do absenteísmo por doença em trabalhadores de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 2, p. 259-268, 2012.
- FONSECA, M. L. G. **Da prescrição à criação**: inteligência prática, produção de cuidado e invisibilidade no trabalho de uma equipe de enfermagem em oncologia. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2014.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2014.
- GALEANO, E. *Veias abertas da América Latina*. São Paulo: Editora L&PM, 2010.
- GALLIAN, D. M. C. **O que é próprio do humano? A Odisseia da Humanização**. Aulas ministradas no Centro de História e Filosofia da Saúde, 2017. 8 vídeos. Disponível em: <https://www.psicologiahailtonyagiu.psc.br/materias/documentarios/885-a-odisseia-como-meio-de-humanizacao>. Acesso em: 28 abr. 2019.
- GALLIAN, D. M. C.; PONDÉ, L. F.; RUIZ, R. Humanização, humanismos e humanidades: problematizando conceitos e práticas no contexto da saúde no Brasil. **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, Madrid, v. 1, n. 1, p. 5-15, 2012.
- GALLIAN, D. M. C.; REGINATO, V. Relação assistencial e sua humanização. *In*: RAMOS, D. L. P. (org.). **Bioética, pessoa e vida**. São Caetano do Sul: Difusão, 2009. p. 117-133.
- GARCIA, A. B. *et al.* Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 33, n. 2, p. 153-159, jun. 2012.
- GIONGO, C. R.; MONTEIRO, J. K.; SOBROSA, G. M. R. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 803-814. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2015.4-01>. Acesso em: 7 fev. 2019.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social – um problema político em psicologia. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641998000200002>. Acesso em: 8 abr. 2019.

GRIEP, R. H. *et al.* Enfermeiros de grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, p. 151-157, 2013.

KANABUS, B. O conceito de corpopriação em Michel Henry e Christophe Dejours. **Revista Humanística e Teologia**, Porto, v. 35, n. 2, p. 101-113, 2014.

LACAZ, F. A. C.; JUNQUEIRA, V. Gestão do trabalho, estado de bem-estar social, neoliberalismo: Estado “mínimo” e a saúde dos trabalhadores do SUS. *In*: LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. (Orgs.) **Trabalhar no SUS: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde**. São Paulo: Hucitec, 2017. p. 29-64.

LIMA, R. A. S. *et al.* Vulnerabilidade ao *burnout* entre médicos de hospital público do Recife. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1051-1058, abr. 2013.

MACHADO, M. H. *et al.* Relatório final da Pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz/COFEN, 2015.

MARCOLINO, M. S. *et al.* Satisfaction of emergency physicians with the care provided to patients with cardiovascular diseases in the Northern region of Minas Gerais. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 111, n. 2, p. 151-159. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.20180143>. Acesso em: 2 mar. 2019.

MARTINEZ, M. C.; LATORRE, M. R. D. O.; FISCHER, F. M. A cohort study of psychosocial work stressors on work ability among Brazilian hospital workers. **American Journal of Industrial Medicine**, New York, v. 58, n. 7, p. 795-806, Jul 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ajim.22476>. Acesso em: 16 jan. 2019.

MATTOS, A. I. S.; ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G. Interaction between demand-control and social support in the occurrence of common mental disorders. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 48, May 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006446>. Acesso em: 18 fev. 2019.

MEIHY, J. C. S. B. **Augusto & Lea: um caso de (des)amor em tempos modernos**. São Paulo: Contexto, 2006.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral: como fazer, como pensar**. São Paulo: Contexto, 2007.

MENDES, A. M. *et al.* **Psicodinâmica e clínica do trabalho**: temas, interfaces e casos brasileiros. Curitiba: Juruá, 2010.

MERHY E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 95-108.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 138-148.

\_\_\_\_\_. O cuidado é um acontecimento e não um ato. *In*: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. (org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 172-182.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOLINIER, P. **O trabalho e a psique**: uma introdução à psicodinâmica do trabalho. Brasília: Paralelo 15, 2013.

MONTALVÃO, L. A. Marxismo e psicodinâmica do trabalho: aproximações possíveis. **Trabalho (en)Cena**, Palmas, v. 3, n. 2, p. 65-79, 2018.

MONTEIRO, J. K.; VIEIRA, F. O.; MENDES, A. M. **Trabalho & prazer**: teoria, pesquisas e práticas. Curitiba: Juruá, 2015.

MOREIRA, A. U. **“Brincante é um estado de graça”**: sentidos do brincar na cultura popular. 2015. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2015.

NARCHI N. Z. *et al.* Report on the midwives' experiences in the Brazilian National Health System: a qualitative research. **Midwifery**, Edinburgh, v. 53, p. 96-102, Oct 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.013>. Acesso em: 1 fev. 2019.

NASSAR JUNIOR, A. P.; AZEVEDO, L. C. Factors associated with job and personal satisfaction in adult Brazilian intensivists. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 107-113. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-507X.20160024>. Acesso em: 3 dez. 2018.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R.C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS – e as exigências para os Assistentes Sociais. *In: In: MOTA, E. E. et al. (org.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006. v. 1, p. 218-241.

NUNES JUNIOR, A. T. A pré-compreensão e a compreensão na experiência hermenêutica. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, v. 8, n. 62, fev. 2003. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/3711>. Acesso em: 10 nov. 2018.

OLIVEIRA, A. M. *et al.* The relationship between job satisfaction, burnout syndrome and depressive symptoms: an analysis of professionals in a teaching hospital in Brazil. **Medicine**, Hagerstown, v. 97, n. 49, dez. 2018. Disponível em: <http://10.1097/MD.00000000000013364>. Acesso em 20 mar. 2019.

OLIVEIRA, L. C. B. de. **A saúde psíquica de quem faz saúde**: uma análise crítica sobre humanização direcionada ao profissional da saúde. 2008. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

PÉTREMENT, S. **Vida de Simone Weil**. Madrid: Trotta, 1997.

PIERANTONI, C. R. *et al.* Avaliação do contexto do trabalho médico na Atenção Primária em Saúde no Brasil. *In: CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN LATINA PARA EL ANÁLISIS DE LOS SISTEMAS DE SALUD*, 25, 2014. Granada: **Actas do [...]**. Granada. ALASS, 2014.

PINHATTI, E. D. G. *et al.* Minor psychiatric disorders in nursing: prevalence and associated factors. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2176-2183, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0028>. Acesso em: 15 jan. 2019.

PONTALIS, J-B; LAPLANCHE, J. **Vocabulário da psicanálise**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

RODRIGUES, E. P. *et al.* Prevalência de transtornos mentais comuns em trabalhadores de enfermagem em um hospital da Bahia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 67, n. 2, p. 296-301, abr. 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0034-7167.20140040>. Acesso em: 18 dez. 2018.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. **Dicionário de psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.

SÁ, M. C. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

SAFRA, G. **A po-ética na clínica contemporânea**. São Paulo: Ideias & Letras, 2004.

\_\_\_\_\_. Desenraizamento e exclusão no mundo contemporâneo. *In*: SEMINÁRIO TEMÁTICO SER FAZER & TECER, 1, 2002. **Anais [...]** São Paulo, USP, 2002. Tema: Trajetos do sofrimento: desenraizamento e exclusão.

\_\_\_\_\_. **O narrar**: perspectiva clínica na pós-modernidade: palestra ministrada na UNIP São Paulo: Edições Sobornost, 2005. 1 DVD.

\_\_\_\_\_. **Simone Weil e as necessidades da alma**: aula 1. Laboratório de estudos da transicionalidade. São Paulo: Edições Sobornost. 1999. 1 CD-ROM, formato mp3.

SANTOS, A. *et al.* Psychological effects of relational job characteristics: validation of the scale for hospital nurses. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 25, n. 5, p. 329-338, jul. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12468>. Acesso em: 5 jan. 2019.

SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. **Trabalhador da saúde – muito prazer!** Ijuí: Unijuí, 2007.

SARRETA, F. O. O trabalho do Assistente Social na saúde. **Ciência et PRAXIS**, Passos, v. 1, n. 2, p. 39-46, 2008. Disponível em: <http://revista.uemg.br/index.php/praxys/article/view/2080>. Acesso em: 27 nov. 2018.

SCHMIDT, L. K. **Hermenêutica**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, A. M. M. F.; RODRIGUES, M. L. Serviço social e o cuidado em saúde. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 39-56, jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.20396/sss.v14i1.8638901>. Acesso em: 25 mar. 2019.

SILVA, C. O.; RAMINGER, T. O trabalho como operador de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva (online)**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4751-4758, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.15212013>. Acesso em: 2 fev. 2019.

SILVA, R. M. *et al.* The effects of work on the health of nurses who work in clinical surgery departments at university hospitals. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. 1-7, ago. 2016.

SILVA, V. P.; BARROS, D. D. Método história oral de vida: contribuições para a pesquisa qualitativa em terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 68-73, 2010.

SILVA, V. R. D.; VELASQUE, L. S.; TONINI, T. Job satisfaction in an oncology nursing team. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 988-995, out. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0422>. Acesso em: 5 mar. 2019.

STRUCHINER, C. D. Fenomenologia: de volta ao mundo-da-vida. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiânia, v. 13, n. 2, p. 241-246, dez. 2007.

TRINDADE, R. L. P. Desvendando as determinações sócio-históricas do instrumental técnico-operativo do Serviço Social na articulação entre demandas sociais e projetos profissionais. **Temporalis**, Brasília, v. 2, n. 4, dez. 2002.

TRINDADE, R. L. P. *et al.* A formação profissional do assistente social na contemporaneidade: a regional ABEPSS/Nordeste no debate. **Temporalis**, Brasília, v. 3, p. 23-56, 2002.

VASCONCELOS FILHO, P. O. *et al.* Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. **Human Resources for Health**, v. 14, n. 1, dez. 2016.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. São Paulo: Cortez, 2014.

VIDOTTI, V. *et al.* Burnout syndrome and shift work among the nursing staff. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, p. 1-12, ago. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2550.3022>. Acesso em: 9 fev. 2019.

WEIL, S. **A gravidade e a graça**. Lisboa: Relógio d'Água, 2004.

\_\_\_\_\_. A racionalização. In: BOSI, E. (org.) **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. A vida e a greve dos metalúrgicos. In: BOSI, E. (org.) **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. Diário de Fábrica. In: BOSI, E. (org.) **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. Experiência da vida na fábrica. In: BOSI, E. (org.) **Simone Weil: a condição operária e outros estudos sobre a opressão**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1996.

WEIL, S. **O enraizamento**. São Paulo: EDUSC, 2001.

ZIMERMAN, D. E. **Fundamentos psicanalíticos**: teoria, técnica e clínica. Porto Alegre: Artmed, 2004.





## **ANEXO 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar do Projeto de Pesquisa *Narrativas da Desumanização do Trabalho em Saúde: História Oral de Vida de Trabalhadores de um Hospital Público do Município de São Paulo*, que tem como pesquisadora responsável a Sra. Aparecida Bastos Pereira, vinculada ao Centro de Estudos e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, sob orientação do prof. Dante Marcello Claramonte Gallian.

A relevância deste Projeto justifica-se pela importância de compreendermos a experiência do trabalho em saúde pública para os profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, considerando que esta atividade profissional é marcada por uma vivência de desumanização do trabalho, com graves consequências físicas e psíquicas para os profissionais e para aqueles que estão sob os seus cuidados.

Entendemos que, tendo em vista a insistência da vivência de sofrimento do profissional de saúde pública, que é constatada em trabalhos fundamentados em referenciais teóricos variados, se evidencia a necessidade de aprofundarmos a compreensão deste fenômeno e definirmos outras possibilidades de intervenção.

O objetivo geral deste Projeto é entender, a partir de relatos da História Oral de Vida de profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, como se dá o processo de desumanização do trabalho em saúde pública na vivência destes profissionais.

Seus objetivos específicos são:

- Identificar, através das narrativas produzidas pela História Oral de Vida, que elementos determinam o processo de desumanização do trabalho em saúde pública.
- Identificar de que forma se dá este processo ao longo da sua trajetória profissional.
- Identificar as diferenças e semelhanças deste processo para as diversas categorias profissionais.

- Identificar as diferenças e semelhanças deste processo para os profissionais com maior ou menor tempo de trabalho em instituições de saúde pública.
- Analisar em que medida ações como a escuta e a elaboração de narrativas de experiência de vida dos trabalhadores podem se apresentar como elementos alternativos de humanização em saúde
- Entender de que forma as práticas denominadas de humanização na saúde podem interferir na experiência e na percepção do sentido do trabalho.

Gostaríamos ainda de esclarecer que apesar do Projeto original aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa apresentar como objetivo principal a compreensão de como se dá o processo de desumanização do trabalho em saúde pública na vivência dos profissionais, esse Projeto passou por posteriores alterações, a partir das quais passou a ser o nosso objeto principal de interesse o entendimento de como se sustenta para os colaboradores dessa Pesquisa um sentido para o trabalho que realizam, apesar do sofrimento vivenciado no seu cotidiano de trabalho.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em ser entrevistado (a) para obtenção da sua História Oral de Vida, a qual deverá ser gravada, transcrita (o registro sonoro será escrito literalmente) e transcrita (o texto transcrito será adaptado pelos pesquisadores) para posterior análise dos dados.

Os textos escritos assim obtidos serão armazenados em um banco de memórias, após terem passado por sua revisão e aprovação.

Apenas os pesquisadores do projeto original terão acesso às gravações, as quais permanecerão sob responsabilidade do CeHFi da UNIFESP.

As informações do banco de memórias, que pertencem ao site do CeHFi da UNIFESP, serão disponibilizadas a outras pessoas e pesquisadores somente com o material já transcrito e aprovado pelo Sr. (a).

Sua participação é voluntária e lhe é garantida a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores e a instituição em que a pesquisa está sendo realizada.

O Sr. (a) tem a garantia de que todos os dados obtidos a seu respeito, assim como qualquer material coletado, só serão utilizados neste estudo.

O Sr.(a) tem direito de se manter atualizado (a) sobre os resultados parciais das pesquisas ou de resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores e quando o estudo for finalizado, o Sr. (a) será informado sobre os principais resultados e conclusões obtidas.

O Sr.(a) não receberá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação neste estudo. Da mesma forma, o Sr. (a) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo e se houver qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa e o Sr. (a) será ressarcido de todos os gastos.

Em qualquer etapa do estudo, o Sr. (a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A profissional responsável pela pesquisa – Aparecida Bastos Pereira – e demais pesquisadores podem ser encontrados no Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde – CeHFi, localizado à Rua Loefgreen, 2032, Vila Clementino, tel.: 5576 4848 ou 5084 8582; e se o Sr. (a) tiver alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj. 14, 5571-1062 – e.mail: [cepunifesp@unifesp.br](mailto:cepunifesp@unifesp.br)

Este Termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará como Sr. (a) e outra conosco.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo *Narrativas da Desumanização do Trabalho em Saúde: História Oral de Vida de Trabalhadores de um Hospital Público do Município de São Paulo*. Eu discuti com a Sra. Aparecida Bastos Pereira sobre a minha decisão em participar do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo

voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem qualquer penalidade ou prejuízo.

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

Declaro, que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste colaborador para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Nome do pesquisador principal

---

Assinatura

**ANEXO 2 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da  
Universidade Federal de São Paulo (Unifesp)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



## **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

### **DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** NARRATIVAS DA DESUMANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE;  
HISTÓRIA ORAL DE VIDA DE TRABALHADORES DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO  
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

**Pesquisador:** Aparecida Bastos Pereira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 49349315.0.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### **DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.253.077

### **Apresentação do Projeto:**

**Nº CEP:** 1149/2015

A relevância deste Projeto justifica-se pela importância de compreendermos a experiência do trabalho em saúde pública para os profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, considerando que esta atividade profissional é marcada por uma vivência de desumanização do trabalho, com graves consequências físicas e psíquicas para os profissionais e para aqueles que estão sob os seus cuidados. Inúmeras pesquisas dão

evidências dos agravos ocupacionais a que estes profissionais estão submetidos. Carvalho e Malaguis (2007), em um estudo em que buscaram identificar a presença de estresse entre profissionais da saúde e os sintomas físicos e psíquicos associados, concluem que 58% dos profissionais avaliados são acometidos pelo estresse, com sintomas físicos e psíquicos importantes, sendo que nos profissionais médicos, enfermeiros e assistentes sociais foi verificada maior incidência do quadro. A sugestão dos autores se dá no sentido de que sejam realizados trabalhos de controle do estresse de forma a garantir bom nível de atendimento aos pacientes e melhor qualidade de vida aos profissionais.

Assim como os trabalhos científicos que identificam os comprometimentos físicos e psíquicos que acometem os trabalhadores da saúde, a Política Nacional de Humanização, no que se refere ao

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.253.077

trabalho em saúde, conclui, portanto, que a humanização do cuidado passa pela humanização das condições de trabalho de quem cuida e pela possibilidade de serem sujeitos na situação. Entendemos, que, tendo em vista a insistência da vivência de sofrimento do profissional de saúde pública, que é constatada em trabalhos fundamentados em referenciais teóricos variados, se evidencia a necessidade de aprofundarmos a compreensão deste fenômeno e definirmos outras possibilidades de intervenção. Consideramos ainda que só através do conhecimento efetivo da experiência destes profissionais, que se dá pela escuta da narrativa da sua história de vida e da sua trajetória profissional, é possível compreender como se dá a vivência de desumanização no trabalho em saúde pública, e em que medida as práticas de humanização que estão

sendo realizadas vão ao encontro das suas necessidades e são consideradas significativas no que se refere ao atendimento das suas demandas.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral:

Entender, a partir de relatos da História Oral de Vida de profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, como se dá o processo de desumanização do trabalho em saúde pública na vivência destes profissionais.

Objetivos específicos:

- Identificar, através das narrativas produzidas pela História Oral de Vida, que elementos determinam o processo de desumanização do trabalho em saúde pública.
- Identificar de que forma se dá este processo ao longo da sua trajetória profissional.
- Identificar as diferenças e semelhanças deste processo para as diversas categorias profissionais.
- Identificar as diferenças e semelhanças deste processo para os profissionais com maior ou menor tempo de trabalho em instituições de saúde pública.
- Analisar em que medida ações como a escuta e a elaboração de narrativas de experiência de vida dos trabalhadores podem se apresentar como elementos alternativos de humanização em saúde
- Entender de que forma as práticas denominadas de humanização na saúde podem interferir na experiência e na percepção do sentido do trabalho.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

O pesquisador declara: Riscos

Não se aplica

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com





UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.253.077

**Benefícios:**

Entendemos que tendo em vista a insistência da vivência de sofrimento do profissional de saúde pública este trabalho pode aprofundar a compreensão deste fenômeno propiciando a definição de novas formas de intervenção neste contexto.

Consideramos ainda que só através do conhecimento efetivo da experiência destes profissionais, que se dá pela escuta da narrativa da sua história de vida e da sua trajetória profissional, é possível compreender como se dá a vivência de desumanização no trabalho em saúde pública, e em que medida as práticas de humanização que estão sendo realizadas vão ao encontro das suas necessidades e são consideradas significativas no que se refere ao atendimento das suas demandas.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo para obtenção de MESTRADO .

Orientador: prof. Dante Marcello Claramonte Galliani

Este projeto de pesquisa propõe-se, portanto, a entender, a partir de relatos da História Oral de Vida de profissionais diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, como se dá o processo de desumanização do trabalho em saúde pública na vivência destes profissionais. Para atender aos objetivos propostos, buscamos lançar mão de uma metodologia adequada para abordar processos que se efetivam no âmbito mais profundo e existencial da vivência humana- a História Oral de Vida-, utilizando, no que se refere à interpretação das narrativas, a Fenomenologia Hermenêutica, que se propõe a observar os significados atribuídos ao fenômeno a partir da experiência dos colaboradores. Contaremos com a colaboração de 16 profissionais de nível universitário de um Hospital Público do Município de São Paulo, diretamente envolvidos no atendimento ao paciente, sendo seis profissionais médicos, quatro assistentes sociais e seis enfermeiros, cabendo ressaltar, que embora este seja um trabalho de cunho qualitativo, que visa analisar a dimensão das vivências e das experiências, consideramos relevante um número maior de colaboradores, tendo em vista que pretendemos analisar e comparar a experiência de profissionais de diferentes categorias e com tempo diferente de trabalho em instituições de saúde pública.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Documentos obrigatórios apresentados Folha de Rosto; TCLE ; Projeto Detalhado

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.253.077

**Recomendações:**

Nada consta

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem impedimento ético para sua realização, estudo aprovado com esclarecimento do CEP-Unifesp

A resol do CNS 466/12 do MS que estabelece as diretrizes para pesquisa em seres humanos estabelece e orienta o sistema CEP-CONEP:

- Seria conveniente, tanto no formulário da Plataforma Brasil, quanto no TCLE, esclarecer que os riscos são mínimos e estão relacionados a eventuais constrangimentos que possam surgir no momento da entrevista, sendo a garantia do sigilo uma das formas de minimizar tal questão.
- Em relação ao orçamento: foi informado que o custo do projeto será de R\$ 0,00. Lembramos que nenhum projeto de pesquisa pode ter custo 0,00. Sempre há custos, por mínimos que sejam. Neste caso, por exemplo, haverá pelo menos custos de material de escritório e informática.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (anualmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                    | Situação |
|---|--|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_584312.pdf | 15/09/2015<br>12:09:37 |                          | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | tcle.docx                                    | 02/09/2015<br>19:15:29 | Aparecida Bastos Pereira | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | projetoestrado.docx                          | 02/09/2015<br>19:14:56 | Aparecida Bastos Pereira | Aceito   |

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP

**Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO PAULO HOSPITAL SÃO  
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.253.077

|                |                 |                        |                             |        |
|----------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|--------|
| Folha de Rosto | docsubmeter.pdf | 02/09/2015<br>19:14:14 | Aparecida Bastos<br>Pereira | Aceito |
|----------------|-----------------|------------------------|-----------------------------|--------|

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO PAULO, 30 de Setembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Miguel Roberto Jorge**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

**Bairro:** VILA CLEMENTINO

**CEP:** 04.023-061

**UF:** SP **Município:** SÃO PAULO

**Telefone:** (11)5571-1062

**Fax:** (11)5539-7162

**E-mail:** secretaria.cepunifesp@gmail.com

### ANEXO 3 - Cordel

Esta é uma homenagem  
A alguém muito importante  
Que iniciou a sua carreira  
Num tempo ainda distante  
Nunca imaginando que teria  
Um percurso tão brilhante

Foi em busca do seu sonho  
Enfrentou dificuldades  
Batalhou, sorriu, chorou  
Foi guerreira de verdade.  
E por ser muito atrevida,  
Fez do sonho realidade.

Filha única de três irmãos  
Decidiu fazer diferente  
Ao invés de ser doutor  
Vou ajudar outras gentes  
Optando pela vida dura  
De ser uma assistente.  
Assistente social?  
Minha filha não pense nisto  
Disse logo o seu pai...  
Você perdeu o juízo?  
Faça logo medicina  
E acabe logo com isto.

Mas a moça tinha um legado  
Um trabalho a realizar  
E por isto decidiu  
Serviço social estudar  
Mostrando logo que seria  
uma profissional exemplar  
Concluiu os seus estudos  
Indo logo atuar  
E mostrando que a saúde  
Poderia sim melhorar  
Se houvesse compromisso  
E uma luta sem cansar.

Trabalhou com muita gente  
Andou esse mundo afora  
Realizando um social  
Que ficou em nossa memória  
Pois carregou em seus ombros  
O peso desta história.

(...)

E chegando a este hospital  
Nada foi de se abismar  
Pois continuou trabalhando  
Batalhando sem cansar  
Transformando o hospital  
Num modelo a se copiar  
Ao entender o social  
Como uma jóia a preservar

E foi ainda nesse tempo  
Que toda a amizade começou  
Pois conhecia o porteiro  
O Diretor e o doutor  
Sempre com um sorriso no rosto  
E um abraço acolhedor  
Gargalhada extravagante  
Cercada de muito amor  
E os anos se passaram  
Chegando a aposentadoria  
Levando ela embora  
Da labuta do Hospital  
Mas deixando uma saudade  
Que no coração sentia.

Essa é nossa Marta  
E uma simples homenagem  
Que as guerreiras trazem àquela  
Nordestina de verdade  
Que carrega em seu coração  
Nossa eterna amizade  
E o orgulho de quem conviveu  
E a conheceu de verdade

Desejamos a ti sucesso  
E muita felicidade  
Para que esse descanso  
Desfrute com qualidade  
Cada dia que és digna  
De aproveitar de verdade  
O melhor, e mais bonito  
Pôr do sol desta cidade...

(Anônimo)

#### ANEXO 4 – Letra da música “Cidadão”

Tá vendo aquele edifício, moço?  
Ajudei a levantar  
Foi um tempo de aflição  
Eram quatro condução  
Duas prá ir, duas prá voltar

Hoje depois dele pronto  
Olho prá cima e fico tonto  
Mas me vem um cidadão  
E me diz desconfiado  
“Tu tá aí admirado?  
Ou tá querendo roubar?”

Meu domingo tá perdido  
Vou prá casa entristecido  
Dá vontade de beber  
E prá aumentar meu tédio  
Eu nem posso olhar pro prédio  
Que eu ajudei a fazer.

Tá vendo aquele colégio, moço?  
Eu também trabalhei lá  
Lá eu quase me arrebento  
Fiz a massa, pus cimento  
Ajudei a rebocar

Minha filha inocente  
Vem prá mim toda contente  
“Pai, vou me matricular.”  
Mas me diz um cidadão  
“Criança de pé no chão  
Aqui não pode estudar.”

Esta dor doeu mais forte  
Por que é que deixei o norte?  
Eu me pus a dizer  
Lá a seca castigava  
Mas o pouco que eu plantava  
Tinha direito a comer

Tá vendo aquela igreja, moço?  
Onde o padre diz amém  
Pus o sino e o badalo  
Enchi a minha mão de calo  
Lá eu trabalhei também.  
Lá foi que valeu à pena  
Tem quermesse, tem novena  
E o padre me deixa entrar  
Foi lá que Cristo me disse  
“Rapaz deixe de tolice  
Não se deixe amedrontar  
Fui eu quem criou a terra  
Enchi o rio, fiz a serra  
Não deixei nada faltar

Hoje o homem criou asa  
E na maioria das casas  
Eu também não posso entrar  
Fui eu quem criou a terra  
Enchi o rio, fiz a serra  
Não deixei nada faltar  
Hoje o homem criou asas  
E na maioria das casas  
Eu também não posso entra.

(Zé

Ramalho)

## Bibliografia consultada

ACADEMIA BRASILEIRA DE LETRAS. **Vocabulário Ortográfico da Língua Portuguesa**: busca no vocabulário. 2016 set. Disponível em: <http://www.academia.org.br/nossa-lingua/busca-no-vocabulario>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2018. 68 p.

NORMAS PARA TESES E DISSERTAÇÕES [internet]. 2a. ed. rev. e corrigida. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Biblioteca Antônio Rubino de Azevedo, Coordenação de Curso, 2017. Disponível em: <http://www.bibliotecacsp.unifesp.br/Documentos-Apostila/normas-para-teses-e-dissertacoes>. Acesso em: 28 abr. 2019.

PEREIRA, T. A.; MONTERO, E. F. S. Terminologia DeCS e as novas regras ortográficas da língua portuguesa: orientações para uma atualização. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 27, n. 7, p. 509-514, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/acb/v27n7/a14v27n7.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2019.